دراسات نفسية فى

الأمراض النفسية والعقلية

مرضى النفس والجسد - المساجين
ذوى الاحتياجات الخاصة

دكتور
السيد فهمى على
أستاذ علم النفس المساعد
كلية الآداب - جامعة المنصورة

تقديم
أ.د/ أحمد محمد عبد الخالق
أستاذ علم النفس
كلية العلوم الإجتماعية - جامعة الكويت

2010


دار الجامعة الجديدة

دراسات نفسية في :

الأمراض النفسية والعقلية

مرضى النفس والجسد – المساجين – ذوي الاحتياجات الخاصة

دكتور

السيد فهمي علي

أستاذ علم النفس المساعد

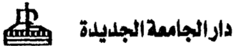
كلية الآداب – جامعة المنصورة

تقديم

الأستاذ الدكتور/ أحمد محمد عبد الخالق

أستاذ علم النفس بكلية العلوم الاجتماعية – جامعة الكويت

٢٠١٠


دار الجامعة الجديدة

٣٨ – ٤٠ ش سوتير - الأزاريطة - الأسكندرية

تليفون ٤٨٦٣٦٢٩ فاكس ٤٨٥١١٤٣ تليفاكس ٤٨٦٨٠٩٩

E-mail: darelgamaaelgadida@hotmail.com

www.darggalex.com info@darggalex.com

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَمَا أُوتِيتُمْ مِنْ الْعِلْمِ إِلاَّ قَلِيلاً ﴾

صدق الله العظيم

(سورة الإسراء: الآية ٨٥)

الإهداء

- إلى: جامعة المنصورة

  ففي رحابها تم إنجاز هذا العمل

- إلى: الأستاذ الدكتور/ أحمد بيومي شهاب الدين

  رئيس جامعة المنصورة.

- إلى: الأستاذة الدكتورة/ فرحة عبد العزيز الشناوي

  نائب رئيس جامعة المنصورة للدارسات العليا والبحوث

الباحث

السيد فهمي على

٢٠٠٩

تقديم/ بقلم الأستاذ الدكتور

أحمد محمد عبدالخالق

أستاذ علم النفس بجامعة الإسكندرية سابقًا، وجامعة الكويت حاليًا

كثرت في العقود الأخيرة الكتب والدراسات النفسية الرصينة في العالم العربي وتنوعت، وما يزال مركز الثقل في هذا الإنتاج العلمي في تخصص مهم كعلم النفس يصدر عن مصر على يد كوكبة رائدة من أساتذتها، وسوف يظل الأمر كذلك إلى ما شاء الله.

والكتاب الذي بين أيدينا يندرج تحت هذه المقولة من جانبين: أولهما أنه كتاب رصين يشتمل على موضوعات على درجة كبيرة من الأهمية في علم النفس، وثانيهما أن مؤلفه الدكتور/ السيد فهمي أستاذ مصري مبدع ومثابر، صاحب إنتاج علمي غزير؛ كتب مؤلفات مهمة في فروع علم النفس الأساسية والتطبيقية، كُتبت بلغة علمية دقيقة، توجها بهذا الكتاب الذي يعد ثمرة سنين طويلة من البحث العلمي الجاد في مجال علم النفس.

ولقد جمع الدكتور/ السيد فهمي في هذا الكتاب تسع دراسات بينات، تنتمي إلى أكثر من فرع من فروع علم النفس، يأتي على رأسها علم النفس المرضي، فعلم نفس الصحة، ثم علم النفس الاجتماعي. ومن هذه الدراسات ما يبحث في الاضطرابات النفسية، والبناء العائلي المتصدع، والسمات الإكلينيكية، والوسواس القهري، والغضب، والعدوان، وتأثير وفاة الأب، والسلوك التكيفي، والصحة النفسية، والشخصية، والقيم، والكثافة السكانية.

وفي حين تنقد كثير من البحوث "الواقعية العملية" Empirical العربية وكذلك العالمية من ناحية تركيزها على استخدام عينات من طلاب الجامعة، فإن الدراسات المدرجة بين صفحات هذا الكتاب تنجو من هذا النقد؛ إذ استخدم مؤلفه عينات متنوعة حقاً؛ فمنها عينات من العمال، والموظفين، والمراهقات، والطفل العامل، والمكفوفين، والصم، والمتخلفين عقليا، وذوي الاحتياجات الخاصة، والمعاقين حركيا، والفلاحين، فضلا عن طلاب الجامعة بطبيعة الحال، وهذا تنوع يثير الإعجاب، ويعكس حجم الجهد الذي بذله المؤلف في إعداد هذا الكتاب، والمشقة التي تكبدها في سبيل إنجاز بحوثه، أضف إلى هذه الحسنات جميعا ميزة أخرى، وهي استخدام عينات كبيرة الحجم.

لقد قمت – منذ قرابة ثلاثة عقود – بالتدريس للدكتور السيد فهمي في قسم علم النفس، بكلية الآداب، جامعة الإسكندرية، وكان واحدا من بين كوكبة من الطلاب الناجبين، في أهم دفعة دراسية تخرجت من هذا القسم عبر تاريخه، حيث حصل عدد غير قليل من خريجي هذه الدفعة على درجة الدكتوراه، ويشغلون في الوقت الراهن مراكز مهمة في الجامعات المصرية والعربية وفي مستشفيات الطب النفسي.

ومع ترحيبي الشديد بهذا الكتاب المهم الذي يثري المكتبة العربية السيكولوجية، أتقدم بتحية عطرة، وتهنئة مباركة لابني العزيز الدكتور/ السيد فهمي، سدد الله خطاه، وبارك الله له في جهوده، مع انتظار مزيد من الإنتاج المبدع الذي هو جدير به.

هذا وبالله التوفيق.

تصدير الكتاب

بسم الرحمن الرحيم

عندما شرعت في كتابة تصدير الكتاب الذي بين يديكم الآن، وجدت صعوبة كبيرة للغاية، على عكس مرات عديدة، كتبت فيها مقدمات لبعض ما منَّ الله به عليّ من كتب أو بحوث نظرية أو تطبيقية، أو ما كتبته لغيري من زملائي أو تلاميذي وتلميذاتي الذين اشرف عليهم في رسائل الماجستير والدكتوراة، إذ كثير ما أجدهم لا يجيدون فن كتابة المقدمة أو التهيئة لفصول أعدوها لأنفسهم في رسائلهم، فأتبرع أنا عنهم بفعل هذا.

وللحق لا أجد سبباً للارتباك أو الحيرة التي أنا عليها الآن حين كتابة المقدمة، والتي أخذت وقتاً طويلاً قبل أن أمسك القلم لأخط تلك الخطوط، التي آمل أن تعبر عني أو عن ما أريد الإفصاح عنه.

لقد عشت حياتي التعليمية باحثًا في مجال علم النفس وغيره من فروع العلم التي كرمني الله بأن أجيد الكتابة فيها أو تناولها بالعرض النظري أو التجريبي، وفي مجال علم النفس أو غيره من العلوم الأخرى.

وهذا الكتاب هو حصيلة بعض الجهود التي أكرمني الله بالانتهاء منها وإتمامها على نحو آمل أن تُرضي الله أولاً، ثم من يطلع عليها ثانيًا، وأن يكون فيها ما يمثل له الزاد في محراب العلم، والفرع الذي يأمل أن يجتهد فيه، تماماً مثلما أنا فعلت واجتهدت بفضل الله، واستعنت بغيري من الباحثين من العرب والأجانب، ولولاهم، ولولا من سبقونا بالعلم ما أتينا نحن وما استمر الناس يسعون في محراب العلم وميادينه.

والكتاب حصيلة عمل تجريبي ونظري، أعددته عبر سنوات طوال، ونشرته داخل وخارج مصر، وفي دوريات عربية، ومؤتمرات عربية ومصرية ودولية. وقد جمعت عدداً منها في هذا الكتاب، وأتمنى لو أن الله أعانني على أن أنشر ما تبقى لدي، وما سوف يتم لاحقاً بإذن الله.

والكتاب يحتوي على الدراسات التالية، وهى كالتالي حسب ترتيبها بالكتاب:

- **الدراسة الأولى:** موضوعات التفكير قبل النوم لدى عينات متباينة من المجتمع المصري. وقد نشر هذا البحث بمجلة كلية الآداب ـ جامعة المنصورة.
- **الدراسة الثانية:** تأثير وفاة الأب على بعض المتغيرات الوجدانية والشخصية والقيم لدى عينات من المراهقات، وقد نشر بمجلة دراسات طفولة ـ جامعة عين شمس.
- **الدراسة الثالثة:** البناء العائلي المتصدع وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية لدى الطفل العامل: دراسة مقارنة، وقد نشر بمؤتمر الطفل والبيئة بجامعة عين شمس.
- **الدراسة الرابعة:** بعض السمات الإكلينيكية للمعاقين حركياً: دراسة مقارنة، وقد نشر بالمؤتمر الدولي الثاني للعلوم الاجتماعية ـ كلية العلوم الاجتماعية ـ جامعة الكويت.
- **الدراسة الخامسة:** السلوك التكيفي لدى عينات من المكفوفين والصم والمتخلفين عقليًا، وقد نشر بالمؤتمر الدولي الأول للعلوم الاجتماعية وتنمية المجتمع ـ كلية العلوم الاجتماعية ـ جامعة الكويت.

- **الدراسة السادسة:** رعاية الإسلام وتربيته لبعض فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، وقد نشر بالمؤتمر العلمي الرابع لكلية الشريعة والقانون (رعاية الإسلام لذوي الاحتياجات الخاصة)، جامعة جرش الأهلية – الأردن.

- **الدراسة السابعة:** الوسواس القهري لدى عينات ريفية متباينة من المجتمع المصري، وقد نشر بالمؤتمر السنوي الرابع عشر – مركز الإرشاد النفسي – جامعة عين شمس.

- **الدراسة الثامنة:** بعدا الغضب وعلاقتهما ببعض أبعاد العدوان في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية، وقد نشر بمجلة التربية المعاصرة.

- **الدراسة التاسعة:** البيئة والكثافة السكانية وأثرهما على الصحة النفسية، وقد نشر بالمؤتمر الدولي الرابع عشر بعنوان " حماية البيئة ضرورة من ضروريات الحياة".

لقد تناولت الدراسات عينات عديدة سواء من الأسوياء أو المرضى أو القاطنين خلف القضبان الحديدية بالسجون، كما تناولت الدراسات كل الأعمار والمراحل العمرية، وتناولت ذوي الاحتياجات الخاصة، من المكفوفين، والمتخلفين عقلياً، والصم والمعوقين حركيًا.

وتناولت عينات ذات طابع خاص، كالطفل العامل والطفل اليتيم والمسنين ومرضى الفشل الكلوي والسرطان، وقد بحثت الدراسات موضوعات – كما سبق وتقدم – متصلة بعلم النفس في ميادين مختلفة منه مثل: علم النفس الاجتماعي والإكلينيكي والشخصية وعلم نفس المعوقين، كما تناولت الدراسات موضوعين هامين جدًا: الأول متصل بدور الإسلام في

رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، وكيف عمل الرسول صلى الله عليه وسلم معالجًا نفسيًا، والثاني تناول موضوعاً هامًا احتل صدر كتاب المؤتمر المعنون: " حماية البيئة ضرورة من ضرورات الحياة"، وهو موضوع حيوي يبين كيف تؤثر الكثافة السكانية سلبًا على كل من الصحة النفسية والعضوية للإنسان.

وقد بُحثت متغيرات نفسية ووجدانية واجتماعية، وغيرها من واقع الدراسات لدى عيناتها، وذلك للتعرف إليها ومدى تأثيرها لدى عينات الدراسة التي تناولها الكتاب.

وفي النهاية، فقد هدفت من ذلك لا إلى مجرد تجميع هذه الدراسات في كتاب واحد، ولكن لأهداف أخرى، أعرضها فيما يلي:

١- تنوعت الدراسات المعروضة في نطاق واسع عبر المؤتمرات والدوريات وغيرها، وقد رأيت جمعها في كتاب واحد، حتى تكون ميسورة وفي متناول القارئ سواء في مصر أو خارجها.

٢- أن تتم الاستفادة من نتائج الدراسات سواء التطبيقية أو النظرية أو الدينية، وكذلك عقد المقارنات بين النتائج المختلفة التي تجمعت لدينا لتكشف عما بينها من علاقات تأييد متبادل أو تعارضي، عسى أن توحي هذه العلاقات بأبحاث جديدة في مجال علم النفس.

٣- ويدعم ما سبق الاستفادة من التوصيات والمقترحات التي تضمنتها بعض الدراسات لتكون نواة لبحوث جديدة في مجال علم النفس.

٤- هذا العمل العلمي وضعت أسسه وبنيانه في رحاب جامعة المنصورة – في أرض مصر – والتي لها فضل عليّ لا يُنكر، فهي التي أسهمت في تكملة بنياني العلمي الذي كان بدايته جامعة الإسكندرية.

إن جامعة المنصورة هي التي سمحت لي بالسفر إلى الخارج لحضور المؤتمرات خارج مصر، وهي التي مدت لي يد العون كثيراً حتى أكون ما أنا عليه الآن.

ولعل آخر ما تفضلت به جامعتي مؤخراً، أنها وقفت إلى جواري ممثلة في رئيس جامعتها الأستاذ الدكتور/ أحمد بيومي شهاب الدين، والأستاذة الدكتورة/ فرحه عبد العزيز الشناوي نائب رئيس جامعة المنصورة للدراسات العليا والبحوث، والتي لها دين في عنقي آمل أن أرده يومًا لها – ولن يوفى- تقديراً لها لموقفها القيادي على مساعدتي للسفر إلى جامعة الكويت للاشتراك ببحث بعنوان" الأعراض الاكتئابية للأطفال والمراهقين في مصر والكويت" بالاشتراك مع أستاذى الأستاذ الدكتور/ أحمد عبد الخالق وذلك بمؤتمر "فعاليات الملتقى الخامس – قسم الاجتماع – كلية العلوم الاجتماعية".

ولا يفوتني أن أهدي الكتاب لكل من جعل العلم نبراسًا له، ودليلاً يرتاد به ظلمات العقل التي مهما استنار به، فهو لم يبلغ ولن يبلغ كمال العلم، وصدق الله العظيم إذ يقول وقوله الحق " وَمَا أوتِيتُمْ مِنْ الْعِلْمِ إلا قَلِيلاً " : " سورة الإسراء: الآية ٨٥".

وبعد، فإن ابنتي إلهام كان لها فضّل عليَّ كبير في مراجعة أصول هذا الكتاب، فقد أخذت على عاتقها وحدها، وبصدر رحب وبعشق للعلم، أن تبذل كل الجهد حتى تراه كما هو الآن بين يدي القارئ في صورته النهائية، ولعلها الآن تهدأ وتسكن بالاً ونفسًا، حين ترى ثمرة سهر الليالي بين يديها، فلها كل حبي وتقديري.

وفي موضعي هذا، أوجه أصدق آيات الشكر للأخ والصديق/ على عبد السلام،الذي بقيت بصماته وروحه المرحة وصبره الذي لا ينفذ،

على كل ما قدمه لي من خدمات سديدة في إعداد الكتاب وكتابته وإخراجه على الصورة التي هو عليها.

وبعد أرجو أن يكون وراء مادة هذا الكتاب ما يعين على ترسيخ قيمة البحث العلمي الأكاديمي لدى الباحثين، خصوصاً في ميدان العلوم الإنسانية.

الباحث

السيد فهمي على

الإسكندرية، يوليو ٢٠٠٩

الفصل الأول

موضوعات التفكير قبل النوم لدى عينات متباينة من المجتمع المصري

مقدمة:

وردت كلمة النوم في القرآن الكريم بمعاني عديدة، إذ يقول المولى عز وجل وقوله الحق في الآية رقم ٤٧ من سورة الفرقان:

"وَهُوَ الَّذِي جَعَلَ لَكُمْ اللَّيْلَ لِبَاسًا وَالنَّوْمَ سُبَاتًا وَجَعَلَ النَّهَارَ نُشُورًا "

ومعنى النوم سباتاً في الآية السابقة هو الراحة للأبدان بانقطاعها عن الأشغال، وأصل السبات هو التمدد. يقال: سبتت المرأة شعرها أى نقضته وأرسلته وقيل: للنوم سبات لأنه بالتمدد يكون في التمدد معنى الراحة، فكأن السبات سكون ما وثبوت عليه، فالنوم سبات على معنى أنه سكون عن الاضطراب والحركة. (أبي عبد الله، ١٩٨٧: ٣٨ - ٣٩) (*).

وقوله تعالى في الآية رقم ٢٣ من سورة الروم:

"وَمِنْ آيَاتِهِ مَنَامُكُمْ بِاللَّيْلِ وَالنَّهَارِ وَابْتِغَاؤُكُمْ مِنْ فَضْلِهِ إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَسْمَعُونَ "

وأيضاً قوله تعالى في الآية رقم ٩ من سورة النبأ:

"وَجَعَلْنَا نَوْمَكُمْ سُبَاتًا"

أي قطعاً للحركة لتحصل الراحة من كثرة الترداد والسعي في المعايش في عرض النهار. (ابن كثير، ١٩٨٨: ٤٦٢) (**).

والنوم بهذا المعنى يعني ركون الإنسان للسكينة والهدوء وراحة الجسد، فالنهار حركة دائبة وسعي هنا وهناك وفي الليل عندما نستعد للنوم

(*) أبي عبد الله محمد ابن أحمد: الجامع لأحكام القرآن العظيم، الجزء الثالث عشر.
(**) ابن كثير: تفسير القرآن العظيم، الجزء الرابع.

نتخلص من كل قنوات الاتصال اليومية ومن كل ما نتزود به مما يأتينا من عالمنا الخارجي (Montague Ullman, 1993:14).

أما عن لفظة النوم يهمنا أن نذكر أن الكلمة الإنجليزية (Sleep) تعود إلى أصل جرماني، وهي تشتق من الكلمة القوطية (Sleps)، من خلال الكلمة الألمانية القديمة والوسطى (Slaf). وأما الكلمة الألمانية الحديثة (Schlaf) والهولندية (Slaap) فتعودان إلى نفس الأصل. وقد كانت الكلمة الألمانية (ينام Schlafen) تعني في الأصل (Schlapp Werden) أي يصيبها التعب أو يصبح متعباً خاملاً وهي مرتبطة بالصفة (Schlapp)بمعنى (خامل، ضعيف، منهك) كذلك كلمة (Slumber رقاد - نعاس) الإنجليزية أصلها الجرماني. وأساس أنذ جرماني هو كلمة (Slu بمعنى خامل أو متهالك). وأما المقابل لهذه الكلمة في الألمانية (Schlummern) فقد ظهرت في أول الأمر في اللغة الألمانية الدنيا والعليا المتوسطة، كما أنها دخلت في لغة الكتابة في القرن السادس عشر على يد "مارتن لوثر"، على حين أن كلمة (Doze، أغفى، غفوة)، تعود إلى أصل جرماني كذلك، وهي مشابهة للكلمة الألمانية الحديثة التي تحمل نفس المعنى (Dozen) وللكلمة الإنجليزية (Dizzy، رأسه ثقيل) والألمانية (Dusalig غائم، ضبابي) أصل واحد.

كما أن كلمة (Dozing، هو في غفوة، أخذ غفوة) يمكن أن تستخدم في وصف حالة عقلية ضبابية. وأما الكلمات الإنجليزية (Drowse, Drowsy، نعسان) فهي من أصل غير معروف على التحقيق، ولكنها قد ترجع إلى الكلمة الإنجليزية القديمة (Drusian) بمعنى يغطس أو يصبح بطيئاً متثاقلاً) والكلمة (Dreosan يسقط أو يتهاوى).

وقد أدت الكلمة الأساسية (Sleep) إلى وضع تعبيرات ليس لها صلة وثيقة بالنوم ذاته بالمعنى المباشر. وهكذا نجد أن العبارة (to fall Sleep

يغلبه النوم أو يستسلم للنعاس) تستخدم أحياناً بمثابة تعبير مهذب رقيق عن الموت، بينما يشير النوم الذي لا يفيق منه المرء إلى الموت. والعبارة الإنجليزية (to sleep on something) معناها أن يؤخر المرء اتخاذ القرار إلى اليوم التالي، وذلك حتى يتسنى تقدير المشكلة في منظورها الصحيح. وأما العبارة (to sleep together) فإنها تشير إلى نشاط ليس له صلة مباشرة بظاهرة النوم ذاتها.

ثم إن بعض الكلمات الإنجليزية التي تتصل بالنوم، إنما تعود إلى الكلمة اللاتينية الدالة على النوم (Somnus) وذلك مثل كلمة (Somnolent) وكلمة (Somnambulist) شخص يمشي أثناء النوم). وأما كلمة (Somnilquist) فتعني شخصا يتكلم أثناء نومه. كما أن الكلمة اللاتينية للنوم العميق (Sopor) فقد كانت إسماً لإله النوم عند الرومان، ومن هذه الكلمة تم اشتقاق الكلمة الإنجليزية (Soporific) بمعنى يبعث على النوم أو يؤدي إلى النوم.

وأما اسم إله النوم عند الإغريق (Hypnos) فهو متضمن في الكلمة (Hypnosis) بمعنى إدخال النوم على شخص ما، والكلمة (Hypnotic) يبعث على النوم. ومعظم اللغات الاندوجرمانية والرومانسية تتضمن المادة (Som) أو (Son) بنفس معنى الكلمة اللاتينية (Somnus) للدلالة على النوم. ففي الفرنسية (Sommeil) وفي الإيطالية (Sonno)، وفي الأسبانية (Sueno)، وفي البرتغالية (Sono)، وفي السويدية (Somn)، وفي الدانمركية (Sovn)، وفي الروسية (Sen)، وفي البولندية (Sen)، وفي البلغارية (Sun)، وفي الصربية الكرواتية (San)، وفي التشيكية (Spanek)، وفي الهندية (Sona).

والنوم يعرف في لغات أخرى بكلمة (Hypos - الإغريقية)، وكلمة (Alvas - المجرية)، وكلمة (Uni - الفنلندية)، وكلمة (Uyku - التركية)، وكلمة (Shenh - العبرية)، وكلمة (Nemuri - اليابانية)، وكلمة (Shui Jiao - الصينية)، وكلمة Nidura بلغة Telugu إحدى لغات الهند في الجنوب)، وكلمة (Lala عند قبائل الزولو) (الكسندربوريلي، ١٩٩٢: ١٢ - ١٥). والنوم ليس حالة من عدم النشاط أو البلادة أو الكسل، وهو والحلم ليسا مجرد طور خامل بل على النقيض من ذلك قد يثبت أنه أكثر نشاطاً من أي تصور (يحى الرخاوي، ١٩٧٩: ٦٤٠)، بل إن أكثر الأوقات نشاطاً للمخ هي التي تكون وقت النوم (Maya Pines, 1975 : 98) وإذا كان النوم ينطوي على استغلاق مستقبلات الحس وكف اللحاء تدريجياً (كمال دسوقي، ١٩٨٨: ٤٢١)، فإنه بالنسبة للإنسان انتقال من حالة إلى حالة، الأولى: جهد ومشقة وتعب وأمور كثيرة قد لا يلتفت إليها الفرد ساعتها لكنه عندما يركن إلى سريره، ترى ذهنه منشغلاً أكثر، يفكر ويفكر في يومه، وأمسه، وغده، يفكر في آماله وأحلامه وطموحاته ومستقبله ومستقبل من يرعاهم،وأشياء وأمور لا حصر لها، وكل فرد يختلف عن غيره فيما يفكر حال النوم، فالمريض غير السوي، والحر غير السجين، والطالب غير الموظف، والعالم غير الشخص العادي. إننا إذا كنا نحتاج إلى الطعام والشراب والجنس، فإننا أيضاً نحتاج إلى النوم، إن احتياجات الجسم إلى النوم لا يمكن إنكارها. كما أن الباعث أو الحافز للنوم هو أحد أقوى البواعث التي تحفز الفرد داخلياً نحو سلوك النوم، لقد أثبتت التجارب أنه عند النوم ينخفض ضغط الدم بدرجة كبيرة وكذلك معدل النبض وعمليات الأيض، ودرجة الحرارة، والتنفس، ويزداد إفراز الغدد العرقية. (Abraham Sperling, 1967: 186).

ولأن النوم هو إحدى الحالات المميزة في الكائن العضوي، ربما بسبب صعوبة اكتشاف وظائفه (روبرت ولكنسون، ١٩٧٢). فهو أي النوم خلاف اليقظة التي هي حالة تسمح لنا بملاحظتها وقياسها ويستطيع الشخص موضوع التجربة أن يزودنا بالمعلومات عنها، إنه حالة تستعصى على الدراسة والتناول، صحيح إنه من الممكن ملاحظة ما يطرأ من التغيرات على وضع جسم الشخص النائم أو أن نسجل معدل تنفسه، أو نبضه أو درجة حرارة جسمه أثناء النوم، أمثال هذه الملاحظات أو القياسات لا تشير إلا إلى ظاهرات جسمية تصاحب النوم ولا تحدثنا بشيء عن العملية الأساسية ذاتها. (الكسندر بوربلي، ١٩٩٢: ٢٩).

وهذا البحث ليس بصدد بحث عملية النوم ذاتها، فهذا الأمر متروك للمتخصصين، إنما البحث ينصب أساساً حول الفترة التي يلجأ فيها الفرد إلى فراشه أو أي مكان ينام فيه ليلاً أو نهاراً، وقبل أن يستغرق في النوم، تلك الفترة التي تسمى فترة قبل النوم **Presleep**، أو كمون بداية النوم **Sleep Onset Latency** وهي فترة لا تعني عدم النشاط أو السلبية، فالفرد قبل النوم بصفة عامة يكون عقله نشيطاً، فيتناول كثيراً من الأفكار التي تؤرقه والتي قد لا يجد مجالاً للتفكير فيها أثناء اليقظة.

أهداف الدراسة:

في دراستين سابقتين الأولى عام (١٩٩٣) وكانت على عينة من طلاب وطالبات الجامعة بمصر، والثانية عام (١٩٩٥) وكانت على عينة من طلاب وطالبات الجامعة بالكويت. كان هدف هاتين الدراستين يتلخص في تحديد موضوعات التفكير أو محتواه أو مضمونه قبل النوم أو في فترة الكمون التي عُرفت في هاتين الدراستين بأنها الفترة الزمنية الفاصلة بين الاستلقاء على السرير والاستغراق في النوم (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٥). وبرغم أن

الدراستين قد طبقتا على الطلاب والطالبات إلا أنهما قد أظهرتا تبايناً ملحوظاً في موضوعات التفكير قبل النوم، هذا التباين إنما يرجع - كما يرى الباحث - إلى التباين الثقافي والحضاري بين دولتي مصر والكويت، فضلاً عن أن الكويت قد تعرضت لغزو غاشم من العراق بان أثره في موضوعات تفكيرهم، كما تضمنت موضوعات تفكيرهم بنوداً تتعلق بتلك الأحداث الأليمة، والأسرى الذين وقعوا في الأسر، والغربة أيام الغزو، والتطلع إلى اليوم الذي سوف يتم فيه القضاء على النظام العراقي. وعلى الرغم من هذا فقد كان هناك تشابه في بعض موضوعات التفكير قبل النوم لدى طلاب وطالبات الدولتين، فإذا تأملنا مثلاً أعلى عشرة بنود مرتبة ترتيباً تنازلياً سوف نجد أن طلاب مصر يفكرون في المستقبل والدراسة والنجاح وكذلك طلاب الكويت، كما أنهم قد يشتركون في بعض مجالات التفكير أيضاً. وهي موضوعات لا يرى الباحث أنها تختلف باختلاف الثقافات أو الحضارات في كل مكان، فمن الطبيعي أن يهتم الطلاب والطالبات بكل ما يتعلق بدراستهم ومستقبلهم. إن تفكير الطالب أثناء دراسته سوف يختلف حتماً بعد التخرج حينما يصير طبيباً أو مهندساً، كما أن تفكيره وهو شاب لن يكون كتفكيره وهو شيخ عجوز وهكذا. من هنا تبدأ أهداف الدراسة الحالية والتي يعتقد الباحث من خلالها أن موضوعات التفكير قبل النوم سوف تختلف باختلاف الأفراد موضوع الدراسة، فليس كل موضوعات التفكير التي تشغل تفكير الطالب والتي تحتل مساحة من عقله وتفكيره سوف تكون هي ذات الموضوعات التي تشغل تفكير كبار السن، والمرضى، والمساجين، والموظفين، وغيرهم. وبناءً على هذا يحاول الباحث من خلال الدراسة الحالية التعرف إلى موضوعات التفكير التي تميز تفكير كل فئة أو عينة من عينات الدراسة وذلك من خلال سؤال مفتوح وجه إليهم قصد معه معرفة موضوعات تفكيرهم قبل نومهم، مع الأخذ في الاعتبار أنه ليس من

أهداف الدراسة إعداد قائمة لموضوعات التفكير لكل عينة من عينات الدراسة سواء مجتمعين أم منفردين(*)، بل إن الهدف هو بيان أن هناك موضوعات لم ترد على فكر الطلاب في الدراستين السابق ذكرهما، هذه الموضوعات تأمل الدراسة الحالية الكشف عنها، بما يعني أن لكل فئة موضوعات تفكير تخصها وتميزها عمن سواها، ليس هذا فقط بل سيحاول البحث أن يتعرف إلى موضوعات التفكير التي تتشابه فيها عينات الدراسة مع استجابات الطلاب المصريين التي استخرجها (عبد الخالق وآخرون) من موضوعات تفكيرهم قبل النوم. هذا ونوجز أهداف الدراسة فيما يلي:

١- التعرف إلى موضوعات التفكير قبل النوم لدى عينات (ذكوراً وإناثاً) من المرضى والمساجين وكبار السن والموظفين، وذلك من خلال سؤال مفتوح يوجه إليهم يكون الهدف منه معرفة الموضوعات التي تميز كل عينة، وكذلك الموضوعات التي لم ترد على أفكار الطلاب المصريين. وسوف يكتفي الباحث بالموضوعات التي اتفق عليها ٧٠% من أفراد كل عينة بغرض التعرف إلى أهم الموضوعات شيوعاً لديهم.

٢- تحديد الأهمية النسبية لهذه الموضوعات لدى كل جنس على حدة وذلك عن طريق الترتيب التنازلي لهذه الموضوعات، بهدف بيان البنود المميزة لعدد من عينات من المجتمع المصري.

٣- تصنيف موضوعات التفكير لدى العينات المختلفة (وفق ما تسفر عنه نسبة من ٧٠%) إلى مجالات محددة، اعتماداً على منهج تحليل

(*) يأمل الباحث في دراسات تالية له أن يعد قوائم لموضوعات التفكير لدى كل عينة من عينات الدراسة الحالية وذلك على أعداد أكبر مما هو مستخدم في هذه الدراسة والتي قد يصل حجم العينة فيها إلى ما لا يقل عن ألف شخص.

المضمون، لبيان الفئات التصنيفية التي تنتظم حولها هذه الموضوعات مع ترتيب هذه الفئات تبعاً لعدد الموضوعات التي تشملها.

٤- تطبيق قائمة موضوعات التفكير قبل النوم التي أعدها (عبد الخالق وآخرون) من خلال استجابات الطلاب والطالبات على عينات البحث، والهدف من ذلك تحديد أعلى عشرة بنود من حيث التكرار والتي قد يختلف أو يتشابه فيها الطلاب والطالبات مع عينات البحث، مع عقد مقارنة بين موضوعات تفكير الذكور والإناث، بالإضافة إلى محاولة التفسير والربط بين ما تسفر عنه تلك النتائج وما تسفر عنه نتائج السؤال المفتوح.

أهمية الدراسة:

يرجع تاريخ دراسات النوم إلى المدارس الفلسفية والدينية القديمة، فمنذ عصر الكلدانيين (آخر الأسر العربية الحاكمة في العراق قبل الميلاد) والبابليين وقدامى المصريين، كانت هناك مدارس يطلق عليها اسم المدارس السرية أو الخفية، وتلك المدارس كانت ترى أن الروح تنسحب من الجسم خلال النوم كي تتلقى التغذية الروحانية في مكان آخر خارج الجسد (Soozi, 1991: 51) كذلك حاول الفلاسفة وأصحاب الفيزياء في بلاد الإغريق القديمة تفسير مصدر النوم، من هؤلاء امباذوقليس، وأرسطو، والإسكندر الأفروديسي، ثم تتابعت الدراسات مروراً بالعصور الوسطى، التي كانت ترى أنه بما أن الطعام يؤدي إلى نمو اللحم، فكذلك نجد أن النخاع أو اللب الذي يزداد نحافة وضعفاً بسبب طول فترة الاستيقاظ، يستعيد بناءه ونموه مرة ثانية أثناء النوم. وفي القرن السادس عشر ارتبط النوم بالطبيعة، وفي القرنين السابع والثامن عشر وجدنا النوم يتم تفسيره وشرحه باستخدام مزيج غريب من المفاهيم الفسيولوجية والميتافزيقية، فالنوم مثلاً ينشأ عن نقص

في الأرواح الحيوانية التي يؤدي العمل والنشاط إلى استنزافها من الجسم وإلى الإنهاك في آخر الأمر، كذلك أدى نمو العلوم الطبيعية في مجرى القرن التاسع عشر إلى ظهور نظريات تحاول تقديم تفسيرات للنوم مبنية على مبادئ الفسيولوجيا والكيمياء، فالنوم ينشأ عن نقص الأكسجين مثلاً أو ينشأ عن نقص الدم في لحاء المخ. وعلى الرغم من أن كل هذه النظريات استخدمت مفاهيم علمية جديدة لتفسير النوم. إلا أننا لا نجد من بينها نظرية واحدة قامت على براهين قوية أو أدلة راسخة، كما نجد أن أنصارها لم يحاولوا التمحيص في صحتها بالتجارب، وبقى الأمر لينهض به العلماء في القرن العشرين (ألكسندر بوربلي، ١٩٩٢: ٢٠ - ٢٢)، وحتى اليوم لا يزال علماؤه، ومن أتى بعدهم يدلون بدلوهم وأبحاثهم مما ساعد على نمو الدراسات العلمية المقننة على النوم، كما توافر لدينا كم هائل من الكتب والمقالات العلمية في هذا الصدد، فقد درس النوم لدى المرضى النفسيين والأسوياء المتطوعين، بغرض التعرف إلى خصائصه الفسيولوجية واضطراباته لدى المريض والسوي، كما تم إنشاء عدد كبير من المراكز المتخصصة التي استعانت بأجهزة علمية لم تكن موجودة من قبل مثل السجل الكهربي للمخ والسجل الكهربي للعينين أيضاً.

وهنا تكمن أهمية هذه الدراسة، إذ أنه برغم كل تلك الدراسات عبر الزمن لم تتناول أية دراسة - حسب حدود علم الباحث - عربية أو أجنبية موضوع محتويات التفكير قبل النوم لدى فئات أو عينات من مرضى الفشل الكلوي (ذكور وإناث)، ومرضى السرطان (ذكور)، والمساجين (ذكور)، وكبار السن (ذكور وإناث)، والعاملين (موظفون وموظفات). على أن دراسة موضوعات التفكير قبل النوم، ذات أهمية نظرية جلية، وذلك حتى يتسنى

التعرف إلى هذه الموضوعات اعتماداً على أسس عملية واقعية Empirical وليس على أساس تأملي انطباعي (عبد الخالق وآخرون، ١٩٩٥).

إنها قد تكشف لنا عملياً عما يفكر فيه مريض السرطان خلال فترة الكمون، ذاك المريض الذي يتوقع الموت بين كل لحظة وأخرى، وهو معرض للعديد من الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق والوهم، إضافة إلى اعتلال الصحة بشكل ملحوظ ومتدرج مع الوقت حتى ينتهي الأمر بالهزال وانهيار تام في الوظائف العضوية، وأخيراً الموت الحتمي.

ولا يختلف الحال لدى مرضى الفشل الكلوي فالاكتئاب حليفهم، وفقدان الاستمتاع بجودة الحياة ملازم لهم، إذ عليهم غسيل الكلى ثلاث مرات أسبوعياً بمعدل من ثلاث إلى أربع ساعات، مع ما يسببه الغسيل من إرهاق جسدي يحتاج بعدها المريض للراحة الإجبارية فترات طويلة، كما أن معظمهم يفقد عمله بعد فترة من هجوم المرض، مما يجعلهم يفقدون بهجة الحياة مع تعطل كل حركاتها لديهم، مع الوقت يرهق البدن تماماً ويضطرب السلوك والشخصية، ويهاجمهم الأرق ليلاً ويفقدون شهيتهم ووزنهم بشكل ملحوظ، مع غثيان وقئ وضعف القدرة الجنسية، وعندما تشتد الحالة يدخلون في غيبوبة وتعتريهم نوبات من الهذيان والهلوسة وختاماً الموت الحتمي بسبب الفشل الكلوي. أيضاً تتناول الدراسة عينة من المساجين القاطنين خلف الأسوار، فاقدي الحرية، أصحاب الانحرافات والاضطرابات النفسية والسلوكية، المخالفين لقوانين الشرع والمجتمع، ليلهم طويل ونهارهم أطول، واليوم يمر وكأنه دهر، تتناوبهم الأفكار وتطاردهم الهموم، يأملون الحرية يوماً وقد يخرجون تائبين والعكس قد يكون.

أما كبار السن وهي العينة الثالثة التي تتناولها الدراسة - هؤلاء - كانوا ملء السمع والبصر، بعد رحلة عمل وكفاح، خفت النور وبهت، وراحوا

يبحثون عن أدوار جديدة، بعد أن فقدوا ما كانوا يتمتعون به من قبل من المركز والمال الذي انخفض بشكل كبير، وصاروا يعانون اقتصادياً، بل قلت قدرتهم على التفاعل الاجتماعي بحكم الآخرين حولهم أو هم ذاتهم، تهاجمهم الوحدة والآلام النفسية. كل هؤلاء فقدوا أيضاً الكثير من جودة الحياة، وصارت معطلاتها هي التي تحكم سلوكهم وتصرفاتهم.

وأخيراً نأتي إلى عينة العاملين من الموظفين والموظفات، إنهم من فئة لها أعمال تقوم بها، لا هم مرضى، ولا هم سجناء، ولا يقعون في دائرة كبار السن، يمارسون أدوارهم بهمة ونشاط، مناخهم النفسي جيد مقارنة بغيرهم، وكذلك الصحي وكلاهما مدخلان متفاعلان لجودة الحياة. كما أن هذه الدراسة قد تساعدنا في إلقاء الضوء على العديد من المشكلات والرغبات والطموحات لديهم.

والأمر لا يقف عند هذا فقط، فقد تكشف لنا الدراسة عن محتويات فكرية متشابهة بين العينات المختلفة برغم الفروق النفسية والصحية والسلوكية الواضحة بينهم، في أي المجالات الفكرية نجدهم، وما هي مسببات الأرق لديهم والذي يعد المشكلة الأساسية في اضطرابات النوم، مما قد يمكننا في النهاية من تقديم المساعدة لهم مع تهيئتهم نفسياً واجتماعياً وغير ذلك.

الإطار النظري:

النوم لغوياً هو فترة راحة للبدن، والعقل، تغيب خلالها الإرادة والوعي جزئياً أو كلياً وتتوقف فيها الوظائف البدنية(مجمع اللغة العربية، ١٩٨٠: ٦٤١). وهو حالة فسيولوجية يركن فيها الفرد تماماً إلى السكون مع عدم الاستجابة لأي من المؤثرات البيئية، وهو يحدث بانتظام مرة كل أربع وعشرين ساعة (Denis Leigh, 1982: 331) وهو أحد المؤثرات البيولوجية على السلوك الإنساني، فكمية النوم التي ننامها أو التي نحل عليها

غالباً ما تؤثر على الطريقة التي نتصرف بها (Engle and Louis, 1974: 233).

هذا وللنوم وظائف إيجابية منها أنه:

١- يتيح فرصة أكبر للبعد عن الواقع الملح.

٢- يتيح فرصة لنشاط الأحلام الذي يعمل كصمام أمن للأنشطة الداخلية.

٣- يعيد التوازن بين كل أجزاء المخ في محاولة استعادة التوازن بأقل المضاعفات (يحيى الرخاوي، ١٩٧٩: ٧٠).

ومن وظائفه أيضاً أن المعلومات التي تمتص خلال النوم تحتاج إلى أن يزداد تمثل الفرد لها، وأن تدمج خبراته الماضية بحيث تعيد الخبرات الجديدة والدروس المستفادة توجيه مسار الفرد. وتتطلب إعادة التوجيه هذه مقارنة الأحداث الجديدة بالذكريات التي تلعب دوراً كبيراً في تحديد معالم الشخصية. (جون تايلور، ١٩٨٥: ١٣٧).

إن من خصائص حالة النوم أنها تحدث تغييراً في الشروط التي يعمل جهازنا النفسي بمقتضاها (فرويد، ١٩٨١، ٤٦) والسلوك أثناء النوم يهبط إلى أدنى مستوى له، وتنخفض القدرة على التذكر تدريجياً كلما اقتربنا من النوم وتتداخل محتويات الذاكرة مع بعضها،ويرتفع معدل النسيان غما هو الحال في حالة اليقظة (Robert Woodworth, 1949: 554) كما أن حاجات الناس للنوم تختلف بشكل واسع، فمثلاً مشاهير الناس ينامون ساعات قليلة كل ليلة، وأن كل ما ينامونه هو بمثابة غفوات أو سنات من النوم كل ليلة، من هؤلاء "توماس أديسون" الذي كان يرى أن يطيل فترة عمله اليومي (Abraham Sperling, 1967: 187) أما الطبيعيون وأصحاب العمليات العقلية العليا فهم يحتاجون إلى قدر نسبي من النوم يصل إلى أربع ساعات كحد أدنى (Ivor Batchelor, 1969: 111) أما المفكرون فهم

غالباً ما يحلون المشاكل التي تعترضهم أثناء لحظات الاسترخاء أو الأحلام اليقظة أو قبل النوم مباشرة (Mowbary and Ferguson, 1969: 123) والنوم إذا كان راحة للأسوياء بصفة عامة فهو عذاب للمرضى بصفة خاصة (مرض نفسي أو عضوي) فمرضى القلق مثلاً لديهم أنماط متغيرة من النوم، فهم يجدون صعوبة شديدة في الاستغراق في النوم (وهو ما يعرف اصطلاحياً بالأرق المبكر أو المبدئي) وإذا ناموا فهم يستيقظون في منتصف الليل، والسبب نوم يتسم بعدم الراحة والاضطراب (الأرق المتوسط)، وقد يحتاجون إلى ساعة أو أكثر حتى يستغرقون في النوم، على حين كان ذلك يأخذ منهم دقائق معدودة قبل الإصابة بالقلق (David Sheehan, 1983: 75).

إن النوم يحمي من الآثار الضارة الناتجة عن التعب الزائد، لذا يجب ألا ننظر إليه على أنه مجرد فقدان لحالة اليقظة، بل يجب أن ننظر إليه على أنه عملية تتم بشكل لا إرادي، لا طوع فيه بل إلزام، بل يكره عليه المرء ويتم بطريقة آلية منتظمة. إنه ضروري للحياة والصحة، إنه يعمل بانتظام على تفريغ أو خفض التوتر من أجل بناء الطاقة والقوة الداخلية مرة أخرى، ولعل هذا يفسر القول الدارج بأن "النوم سلطان" يأمر فيطاع، فمن يمكنه أن يرد للسلطان كلمة أو يعصي له أمراً.

اضطرابات النوم:

اضطرابات النوم لا تتوقف على فئة معينة دون أخرى، أو على موقف معين دون آخر، أو جنس دون آخر، فالأسباب عديدة كما سيرد بعد ذلك، وبرغم هذا يمكن القول أن القرن الحالي الذي نعيش فيه يعتبر من أكثر القرون التي انتشرت فيها مسببات اضطرابات النوم وما أكثرها. فمثلاً في ألمانيا الاتحادية يقدر عدد الذين يعانون من اضطرابات النوم حوالي ٢٠%

من مجموع السكان، وهذه النسبة تماثل ضعف النسبة التي كان عليها الشعب الألماني مثلاً عام (Luban and Poldinger, 1985: 110 - 112)، بل إن هناك من يرى أنه على الرغم من أن أكثر اضطرابات النوم تكون واضحة لدى مرضى الهوس والاكتئاب، إلا أن نسبة من يشكون من الأرق يساوي ٢٠ % من مجموع سكان الأرض الأسوياء (Johanthan and Howard, 1984). إن قلاقل النوم تأتي على رأس قائمة الأعراض التي ترد على ألسنة الذين يشكون من تلك القلاقل، سواء أكانت هذه الشكوى لكل من الطبيب النفسي أو الأطباء البشريين.

هذا بالإضافة إلى أنه توجد أنواع أخرى من اضطرابات النوم الواضحة مثل: الخدار Narcolepsy وهي حالة تتميز بالنوم العميق، وانقطاع النفس Apnea، والمخاوف الليلية (Charles Nemeroff, Night tenas 1985). وقلاقل النوم إذا عولجت بالعقاقير فإن لها تأثير على أنماط النوم، فإذا كانت تعمل كمسكن مهدئ للأعصاب فإنها تؤثر على المزاج والتفكير وكفاءة الفرد السلوكية (Arnold Cudwig, 1986: 106).

إن اضطرابات النوم تكون أكثر انتشاراً بين النساء، كما أنها تصبح أكثر انتشاراً وتكراراً بتقدم العمر، ومشكلات النوم لها ثلاث صور مختلفة، ثلاث صور قد تقع إحداها منفصلة عن الأخرى أو قد تقع الثلاثة معاً، هذه الصور هي:

١- صعوبة الدخول في النوم أو الاستسلام له.

٢- كثرة الاستيقاظ أثناء الليل.

٣- الاستيقاظ مبكراً من الفراش (الرابعة صباحاً مثلاً) ثم عدم إمكانية مواصلة النوم بعد ذلك. (الكسندر بوربلي، ١٩٩٢: ١٢٢ - ١٢٣) والأرق نوعان:

أرق مؤقت عابر (تقل مدته عن ثلاث أسابيع) وأرق دائم طويل (تزيد مدته عن ثلاثة أسابيع) فالأول قد يكون راجعاً إلى:

١- ردود أفعال موقفية مثل الإنهاك أو الإجهاد، والمواقف الانفعالية...إلخ.

٢- اضطرابات بيئية مثل الضوضاء المحيطة بنا.

٣- تغيير موعد النوم مثلاً مثل تنقلات العمل أو التنقل بالطائرة، وما شابه ذلك. أما عن الأرق الدائم المزمن فمن بعض أسبابه:

١- اضطرابات سيكوفسيولوجية مثل الألم نفسي المنشأ.

٢- اضطرابات سيكياترية مثل اضطرابات القلق.

٣- الأرق الناتج عن تعاطي الكحول أو العقاقير (Richard Marcinac, 1985). وهذا الأرق الأخير إنما يحدث توتراً نفسياً لمن يعانون منه وينعكس عليه بسبب عدم قدرتهم على تحويل أو تبديل أنفسهم بعيداً عن كل المقلقات، والمخاوف، والاهتمامات اليومية، وكل ذلك في الفترة التي تسبق النوم ويوماً بعد يوم سيتمددون على أسرتهم وهم مستيقظون، لكنهم سيطيلون التفكير في مشاكلهم بشكل زائد، وسيبذلون محاولات غير مجدية من أجل تخفيف العبء النفسي الزائد الواقع على جهازهم العصبي. عندئذ سينشأ تهديد آخر، وهو الخوف من ألا ينام، والذي قد يبلغ الذروة ليصل إلى ما يسمى بخواف النوم وأولئك الذين يعانون من هذا الخوف يعانون من التعب خلال اليوم، والخوف يسيطر عليهم بمجرد رؤية أسرتهم. ولأنهم لديهم خبرات بليالي اللانوم فإن هذا يمنعهم من الراحة أو الاسترخاء الداخلي، إضافة إلى أنه يؤدي إلى اهتياجهم أو استثارتهم (Luban and Poldinger, 1985: 112).

إن الأرق عرض أو مجموعة من الأعراض، ويمكن أن يكون عرضاً لمرض خطير، أو ثانوياً لمرض عضوي، أو حالة طبية، ويمكن أن يكون جزءاً من الحياة، وله أسباب عديدة جداً.

والأرق أكثر اضطرابات النوم شيوعاً، فالأسوياء والمرضى النفسيون يعتريهم الأرق، وكذلك معتلو الصحة ولكن بدرجات متفاوتة وحسب حالتهم النفسية والوجدانية،والعلاقة وثيقة بين الأرق وعدد الأفكار التي يفكر فيها الفرد قبل استغراقه في النوم، فكلما طالت فترة الأرق زاد عدد الموضوعات التي يفكر فيها الفرد (أحمد عبد الخالق وآخرون، ١٩٩٥).

أسباب الأرق:

إن صعوبة الاستغراق في النوم، تحدث بشكل متكرر، وتحت ظروف متنوعة خلال الحياة اليومية منها على سبيل المثال:

١- امتصاص الكافيين بشكل زائد مثل (القهوة أو الشاي).

٢- بعض الأنشطة السريرية المتباينة مثل (القراءة في السرير).

٣- تناول الأطعمة الثقيلة قبل النوم بفترة قصيرة.

٤- الضوضاء والضوء والإرشادات ذات المغزى مثل (صراخ طفل).

٥- المثيرات الحسية الشديدة مثل (درجة الحرارة، الرطوبة المرتفعة).

٦- اضطرابات الأنشطة/دورات الراحة مثل (التغيرات في تحويل الليل إلى نهار).

٧- المشاكل الصحية المزمنة مثل (آلام الظهر).

٨- التمارين البدنية الشديدة قبل فترة النوم.

٩- الحاجة المستمرة للتبول الناتج عن مشاكل عضوية أو كأحد الآثار الجانبية لدواء يستخدم كعلاج.

١٠- المشاكل السيكياترية وعلى وجه الخصوص الاكتئاب.

١١- ضغوط اليوم.

١٢- صعوبات التنفس.

١٣- الأكل على السرير، مع الانشغال حين تمدد الجسد على السرير بالإعداد لليوم التالي.

١٤- الحصر النفسي الحاد خلال اليوم.

١٥- الفزع الليلي (Lidsay and Johanshai, 1987).

ومن تلك العوامل أيضاً:

أ- القلق من الديون.

ب-التهديد بحكم محكمة.

جـ- عدم الأمن في العمل.

د- التأمل أو التفكير في المواقف الغاضبة التي تحدث أثناء النهار (Arnold Ludwig, 1986: 108).

علاج الأرق:

عندما يستعصى على الفرد النوم ويشتد عليه الأرق، ففي العادة تكون مساعدته عن طريق الأدوية الطبية، كما أن هناك علاجاً نفسياً للأرق بدون أدوية، وأول خطوات العلاج تتمثل في عملية الفحص، فقد تكشف تلك العملية عن أن هناك مؤثرات بيئية معينة هي المسئولية عن إفساد نوم الفرد. ومن المؤثرات سيدة كانت تشكو الأرق وبالفحص تبين أن حجرة نومها كانت تقع بجوار سلالم أحد المباني، وهذا المبنى يعمل فيه عدد من الموظفين والموظفات يصعدون ويهبطون ليلاً ونهاراً، والحل تمثل فقط في انتقالها

لحجرة ملائمة بعيدة عن كل هذا. وهناك عدد من الخطوات المقترحة التي يمكن للفرد أن يقوم بها حتى يمكنه النوم في سهولة ويسر منها:

١- إتمام الأعمال الروتينية قبل ساعة أو أكثر من النوم.

٢- تأجيل تجهيز ما يحتاجه الفرد لليوم التالي.

٣- تجنب النوم أو القيلولة نهاراً.

وتجدر الإشارة إلى أنه يمكن التدريب على الاسترخاء كعلاج قبل الأرق، مما يؤدي إلى خفض فترة الأرق، وبالإضافة لما سبق هناك عدد من الخصائص يمكن الاستعانة بها كبرنامج يساعد على تجنب الأرق مثل:

١- حجرة النوم لا تستخدم إلا للنوم فقط.

٢- ألا ننام إلا عند الحاجة فقط.

٣- تجنب الأنشطة المتعارضة مع النوم مثل (الاستماع للراديو).

٤- خلال عشرة دقائق إذا لم يتمكن الفرد من النوم عليه أن يغادر السرير فوراً ولا يعود للحجرة إلا عند الإحساس بالرغبة الشديدة في النوم.

٥- تكرار ما سبق إذا دخل الفرد حجرة النوم ولم ينم.

٦- أن يستيقظ الفرد بمساعدة منبه يوقظه في نفس الموعد كل يوم تقريباً (Lindsay, 1987).

الأحلام والنوم:

الأحلام في الطب العقلي هي ظاهرة نفسية تقع خلال النوم وفيها تعرض الصور والأفكار والانفعالات نفسها على الحالم - عادة مع شعور قاطع بالواقعية - وليست الأحلام نتاجات نفسية عفوية أو عشوائية لأنها تحقق غرضاً حيوياً في اقتصاديات العقل. إنها تحمي النوم وتتبنى حلاً ما في

تخييلات الحاجات والصراعات أخطر من أن يكون الحل في الواقع، وهي تهيئ مصرفاً لتوزيع توترات الفرد (كمال دسوقي ١٩٨٨: ٤٢١).

وقد أظهر الرسام الكهربي للمخ أن للنوم خمسة مراحل الأولى مرحلة الإرهاق أو النعاس، والثانية: مرحلة بدء النوم وهي المرحلة التي تظهر فيها نوم الحركات السريعة للعينيين والتي تميز هذا النوع من النوم بالنوم المسمى بالنوم النقيضي أو النوم المفارق، والذي تحدث أثناءه الأحلام، والثالثة: مرحلة النوم الخفيف، والرابعة: مرحلة النوم العميق والخامسة: مرحلة النوم شديد العمق، (أحمد عكاشة، ١٩٨٠: ٢٠٥ - ٢٠٨).

والأحلام تتم في الفترة التي تكون فيها حركات العين سريعة إلا أنها تنسى بسرعة، والأفراد ينكرون أنهم قد حلموا، برغم أن جهاز رسام الدماغ الكهربي قد أوضح ذلك (Ivor Batchelor, 1969: 128) إن كل فرد يحلم وليس مهما كم أو مقدار ما يتذكره، فحركات العين السريعة تحدث تقريباً مرة كل ٩٠ دقيقة، أو تحدث خمس مرات كل ليلة، والحلم يستغرق ٢٠% من المجموع العمري للمدة التي ينام فيها الفرد. والأحلام أساسية، فإذا حرمنا الأفراد من النوم وبالتالي الحلم أصبحوا في حالة قلق شديد، واستثارة، ويكونون عرضة للهلوسة وغير قادرين على التفكير المباشر (Maya Pinas, 1975:99). والنوم لا يكون عميقاً إلا إذا طالت فترة الحلم، فالعيون تكون ثابتة الحركة تحت جفون مغلقة، أما الجسد فهو في حالة من الاسترخاء العضلي الكامل (Luban and Poldinger, 1985: 111).

ولأهمية الحلم في التعرف إلى مكبوتات الفرد، نجد أن أحد المناهج الهامة في التحليل النفسي، والتي يكون الغرض منها استخلاص محتويات اللاشعور بفحص مادة الحلم، إذ لم يعد هناك شك في أن الحلم لا ينظر إليه على أنه حادثة في حياتنا اليومية، بل كظاهرة مرتبطة بها بشكل مباشر. إن

فحص مادة الحلم تزيح الستار بوضوح عن التفكير الشعوري المباشر للفرد، تلك المادة إنما تمثل كل ما تجاهده النفس وتكافحه بشكل ضمني، فالميول مثلاً لا يمكن أن نعبر عنها بوضوح وحرية، إنها تعمل بحرية خلال الحلم (Noyes and Kolbs, 1966: 507).

الحرمان من النوم:

إن الحرمان من النوم لـه آثار سيئة على الفرد، فقد أثبتت التجارب أن الحرمان الكامل من النوم لمدة تتراوح ما بين (٣: ٤) أيام تجعل الفرد يفشل من الناحية العضوية فيما يسمى بعملية الأيض (يقصد بها عمليات البناء والهدم في جسد الإنسان وهي التي تقوم بعلمية التحول الكيميائي أي الدثور والتجدد في خلايا الأجسام والحرمان من النوم بهذا المعنى يؤدي إلى فشل عمليات البناء فلا تجد في خلايا الدم، ومع الوقت ينهار الفرد عضوياً، لكننا إذا ما سمحنا لـه بالعودة إلى النوم، فإن الأعراض الناتجة (صناعياً: تجريبياً) عن عدم النوم تزول تدريجياً. (Ivor Batchelor, 1969:111). كما أن الحرمان من النوم يضعف قدرة الفرد على الانتباه، ولا يجعلـه قادراً على أداء المهام التي توكل إليه بمهارة، وإن استمرار الحرمان من النوم يصيب الفرد بالهلوسة، مع معاناة من أعراض ذهانية من النمط البارانويدي (Danis Leigh, 1982: 332). وفي دراسة على مجموعة من الشباب الأصحاء تبين أن الحرمان من النوم يؤدي إلى تدهور وظائف الشخصية، مع تغيرات في المزاج والإدراك والتفكير.

إن الإنسان عندما يحرم من النوم يفقد قدرتـه على الانتباه تدريجياً ويرتبط بهذا نقصان أو عدم راحة، وخمول Apthy، مع عدم القدرة على التركيز، ويفقد الاتصال بالموقف الحالي، ويحدث تشويش لديه في كل ما يتعلق بعالمه الخارجي أو الداخلي، وبعد فترة يعاني من سوء الإدراك مثل

عدم إدراك الألوان، وأخيراً الهلوسة، ومع الوقت تظهر أعراض فقدان حسي للزمان والمكان، تجعلـه عاجزاً عن معرفة هويته، ويكون هذا الفقدان منتظم طالما أن الفرد محروم من النوم، ومع الوقت يصل في النهاية إلى الخداع والتضليل، وليس هذا فقط بل أن كل عملياته المعرفية تعاني هي الأخرى فهو يعاني من هفوات الكلام أو التفكير ويفقد تسلسل الأفكار، ولا يقوى على إكمال الجمل ويتعرض للنسيان، وقد يهيم على وجهه كأن يتحدث أو يكتب على نحو مفكك أو غير مرتبط أو أن يضرب الأرض بغير ما غاية، وتختل الألفاظ مع عدم القدرة على إدراك الأخطاء أو عمل تصويبات لها. (Noyes and Kolb, 1966: 104).

كذلك وجد كثير من الباحثين علاقة بين ردود الأفعال الفصامية والحرمان من النوم، فتحت ظروف الحرمان من النوم (ظروف مقصودة) وجد أن الأشخاص الطبيعيين تبدو عليهم تغيرات سيكولوجية مثل القابلية للاستثارة والهلوسة المرئية والتفكير البارانويدي وحالات التفكك Dissociative، بل ومن المسلم أن تحدث تغيرات ميتابوليكية (سبق الحديث عنها في عملية الأيض) مرتبطة بفقدان النوم.

وكما أن الحرمان من النوم يؤثر على الأسوياء، فهو بالنسبة للفصاميين يصيبهم بأعراض متقدمة من حالات التخلف العقلي، وأنه تحت ضغط حرمانهم من النوم، توجد لديهم زيادة أولية في الطاقة الناتجة وتستمر هكذا، ثم تبدأ في الانخفاض بعد مائة ساعة، هذا الانخفاض في الطاقة يصاحبه انخفاض ملحوظ في استعادة الحيوية أو النشاط الانفعالي، مع عدم قدرة المريض على ترتيب أو تنظيم مصادر الطاقة (Jamas Coleman, 1964: 292).

وفي دراسة أخرى على مجموعة من العمال تبين أن معدل الإنتاج ينخفض يوم الاثنين على وجه الخصوص، ثم يأخذ في الارتفاع تدريجياً أيام الثلاثاء والأربعاء.. وهكذا وعند فحص هذا وجد أن يومي الراحة (السبت والأحد) هما يوما الراحة الأسبوعية للعاملين، وهم في هذين اليومين يقضون أوقاتهم في المرح والتسلية مع السهر لفترات طويلة، مما يؤكد أن السهر وانخفاض معدل النوم يؤدي إلى عدم كفاءة الأداء، ذلك رغم ارتفاع دافعية الأفراد والتي يمكن أن تلاحظ عقب فترات من اليقظة المستمرة، وذلك يحدث أيضاً حتى في الأعمال التي تتطلب يقظة مستمرة (Engle, 1974: 234).

ما الذي يسبب النوم ؟

حتى الآن لم يجد العلماء إجابة لهذا السؤال، فبالرغم من النتائج التجريبية إلا أن علماء النفس لم يفهموا ميكانيزمية الجسم التي تؤدي للنوم، ولو أنها عرفت فسوف تساعدنا في التغلب على أشياء كثيرة مثل الأرق Insomania وعدم القدرة على النوم. وبرغم هذا هناك نظريات وضعت لتفسير النوم من الناحية الفسيولوجية هي:

١- نظرية الدورة الدموية: تلك النظرية تعزو النوم إلى انخفاض الدم في منطقة الرأس كما كان ينتقل إلى منطقة البطن.

٢- نظرية النسيج الكيميائي للجسد: هذه نظرية ترى أن منتجات أو محصلات التعب (مثل انخفاض الحمض البني Lactic Acid في الأنسجة) تخفض أو تنزل من وظيفة المخ.

٣- نظرية الجهاز العصبي: وهي تدعى أن النوم يوجد في مركز متوسط في مكان ما في المخ، وأن اندفاعات الجهاز العصبي تنقل عبر الأنسجة

وبخاصة عبر الأعصاب والعضلات وينشأ عنها نشاط فسيولوجي هو النوم (Abraham Sperling, 1967: 187).

الدراسات السابقة:

اهتم الباحث في هذا الصدد بتجميع أكبر عدد ممكن من الدراسات والبحوث المتعلقة بموضوع محتويات التفكير قبل النوم أو فيما يسمى بفترة الكمون لدى فئات البحث الأربعة (مرضى الفشل الكلوي والسرطان والمساجين وكبار السن والعاملين) وذلك عبر العقدين الأخيرين، فلم يجد بين هذه الدراسات أية دراسة مرتبطة ارتباطاً بموضوع البحث ومتغيراته، وكل ما توفر لدى الباحث هو دراستين عربيتين فقط الأولى: كانت على الطلاب المصريين، والثانية: على الطلاب الكويتيين، وفيما يلي عرض لهما:

١- في دراسة مصرية - عربية قام (عبد الخالق وآخرون، ١٩٩٣) بفحص محتويات التفكير قبل النوم، وكونت قائمة لقياس هذا المحتوى واستخرجت النسب المئوية لكل بند، إشارة إلى انتشار كل منها لدى عينتين مصريتين من طلبة الجامعة وطالباتها، وكان الفرق بين المتوسطين على هذه القائمة لدى الجنسين غير جوهري. وارتبطت الدرجة الكلية على القائمة المختصرة لموضوعات التفكير قبل النوم ارتباطاً جوهرياً بكل من: الأرق والتنقل بين الأفكار في فترة الكمون. ويمكن أن يعد هذا الارتباط - إلى حد معين - دليلاً على الصدق التلازمي للقائمة. كما كان هناك ارتباط جوهري إيجابي بين الدرجة الكلية على القائمة والوسواس القهري، على حين لم ترتبط جوهرياً بقائمة ويلوبي للعصابية. وتشير هذه الارتباطات الجوهرية إلى أنه كلما زادت الدرجة الكلية على القائمة زاد كل من: الأرق، التنقل بين الأفكار، والوسواس القهري.

٢- وفي دراسة كويتية - عربية قام (عبد الخالق، المشعان،الشطي، ١٩٩٥) بفحص محتوى التفكير قبل النوم، وأعد قائمة لقياس هذا المحتوى، واستخرجت النسب المئوية لكل بند، إشارة إلى انتشار كل منها لدى عينتين كويتيين من طلبة الجامعة وطالباتها. وقد أشار الترتيب التنازلي للنسب المئوية للتكرارات التي حصل عليها الطلاب إلى أهمية موضوعات الدراسة، في حين كان للترتيب التنازلي لبنود قائمة موضوعات التفكير قبل النوم لدى الطالبات نمط مختلف عن الطلبة، فقد حصلت البنود المتصلة بالدراسة والتحصيل والنجاح على مراكز أكثر تقدماً بالمقارنة إلى نظيرتها لدى الطلبة.

وبرغم هذا لم يكشف متوسط الدرجة الكلية على القائمة لدى الجنسين عن فروق جوهرية إحصائياً، وهو ما يتفق مع الدراسة المصرية. ومن ناحية أخرى فقد كشف التحليل الارتباطي لعدد من المتغيرات في هذه الدراسة عن ارتباط جوهري سالب بين عدد موضوعات التفكير قبل النوم، وعدد ساعات النوم التي ينامها الفرد، وارتباط جوهري إيجابي بين عدد هذه الموضوعات والأرق، مما يشير إلى صدق مفهوم القائمة. وقد تأكد هذا الصدق نفسه عن طريق الارتباط الجوهري الموجب بين الدرجة الكلية على قائمة موضوعات التفكير قبل النوم ومتغير "التنقل بين الأفكار"، كذلك ارتبطت الدرجة الكلية ارتباطاً جوهرياً إيجابياً بين القائمة ومتغير الشعور بالحزن، على حين لا ترتبط ارتباطاً جوهرياً بمتغير الشعور بالسعادة. وأخيراً أمكن تصنيف موضوعات التفكير قبل النوم إلى مجالات اعتماداً على منهج تحليل المضمون.

المنهج والإجراءات:

أولاً- العينات:

تكونت عينات هذا البحث من ٥٦٠ ذكراً وأنثى موزعة على النحو التالي:

١- عينة المرضى: وهي تتكون من : (٩٠) مريضاً مصاب بالفشل الكلوي، (٥٠) مريضة مصابة بذات المرض،(٣٠) مريضاً مصاب بالسرطان. وقد كان متوسط عمر العينة الأولى ٤٩ عاماً، والثانية ٥٢ عاماً، والثالثة ٥١ عاماً.

٢- عينة المساجين: وهي تتكون من (٩٠) مسجوناً من الذكور، بمتوسط عمر ٣٥.

٣- عينة كبار السن: وهي تتكون من (٩٠) مسناً بمتوسط عمر ٦٧،(٦٠) مسنة بمتوسط عمر ٦٥ عاماً.

٤- عينة العاملين: وهي تتكون من (٩٠) موظفاً بمتوسط عمر ٣٦ عاماً، (٦٠) موظفة بمتوسط عمر ٣٥ عاماً.

ثانياً- المتغيرات:

تكونت متغيرات الدراسة من:

١- قائمة موضوعات التفكير قبل النوم، وهي من إعداد أحمد محمد وآخرون، قد آثر الباحث استخدام القائمة المطولة، على الرغم من أن بعض بنودها قد حصل على تكرارات منخفضة، والسبب في هذا -كما رأى الباحث- أنه ليس بالضرورة* أن التكرارات المنخفضة عند فئة تكون هي بالضرورة عند الفئة الأخرى. كذلك فإن النسب في اختيار

البنود سوف تختلف عن اختيار البند الواحد من فئة (عينة) إلى أخرى. كذلك آثر استخدام الباحث القائمة المطولة بغرض تشعيب عدد موضوعات التفكير لمساعدتهم على الاختيار حينما لا تسعفهم ذاكرتهم بسبب ظروفهم.

٢- السؤال المفتوح Open - ended: وجه سؤال مفتوح النهاية إلى عينات البحث في جلسات فردية، وكان نص السؤال: لو أن هناك موضوعات أخرى تشغل تفكيرك قبل النوم ولم يأت ذكرها في القائمة السابق الاستجابة عليها، أذكرها دون تردد.

وقد تم تفريغ إجابات العينات عن السؤال المفتوح. وقد حذفت الإجابات التي حصلت على نسبة أقل من - ٧٠%، والهدف من هذا - كما يرى الباحث - هو التركيز على أهم الموضوعات التي اتفق عليها أفراد كل عينة على حدة، إذ ليس من أغراض البحث الحال إعداد أو تحديد قائمة لكل عينة، وبالتالي يكون لزاماً عرض كل الإجابات مهما كانت النسبة التي حصلت عليها. هذا مع الأخذ في الاعتبار أن صياغة البنود قد روعي فيها أنها واضحة في معناها، مستقيمة في مبناها.

ثالثاً- التطبيق:

أجريت هذه الدراسة في جلسات فردية استغرقت عامين وتسعة أشهر نظراً لظروف العينة والتطبيق وكذلك أماكن التطبيق التي مثلت أحد الصعوبات، إذ كان يشترط الحصول على إذن مسبق وما يستتبع ذلك من إجراءات إدارية طويلة، وفيما يلي وصف لإجراءات التطبيق:

أولاً- عينة مرضى الفشل الكلوي ومرضياته: تم التطبيق على هذه العينة في الأماكن التالية:

١- مركز أمراض الكلى التابع لجامعة المنصورة - قسم المسالك البولية - والمعروف باسم مركز د/ محمد غنيم.

٢- مركز الشفاء التخصصي للكلى والكلى الصناعية بالسنبلاوين.

٣- مركز عبد الوهاب للكلى والكلى الصناعية.

٤- مستشفى الفيروز لأمراض الكلى والكلى الصناعية بشارع كلية الآداب.

٥- مستشفى الزهراء التخصصي بالجلاء.

٦- مستشفى القدس بشارع النخلة.

وقد كان التطبيق يتم قبل عملية الغسيل أو يستكمل بعدها إذا استدعى الأمر وحين يكون المريض قادراً على استكمال التطبيق، أو يأخذ الباحث موعداً آخر يستكمل معه إجراءات التطبيق قبل عملية غسيل أخرى.

عينة مرضى السرطان:

تم التطبيق على هذه العينة في الأماكن التالية:

١- مستشفى جيهان بشارع جيهان.

٢- مستشفى غنيم بشارع البحر.

٣- مبنى الأشعة والطب النووي بالعيادة الخارجية. جميع أفراد هذه العينة كانوا يحضرون إلى الأماكن السابق ذكرها انتظاراً لجلسات العلاج الكيميائي والحصول على أدوية تساعدهم على العلاج وعلى تحمل آلام هذا المرض الرهيب، وكان التطبيق على أكثر من مرة نظراً لسوء حالتهم النفسية والجسدية وبناء على مواعيد سابقة معهم قد يحضر فيها بعضهم وقد يتخلف البعض الآخر لاعتبارات كثيرة لا يستدعى المجال هنا ذكرها.

عينة المساجين:

أخذت هذه العينة من المسجونين بسجن المنصورة. ونتيجة للظروف الأمنية كان التطبيق يتم بطريقة فردية بحيث لا تتجاوز جلسة التطبيق ثلاثة مساجين في المرة الواحدة.

عينة كبار السن:

تمت إجراءات التطبيق على تلك العينة في الأماكن الآتية:

١- نادي الأمل للكبار بالمنصورة.

٢- نادي السعادة بطنطا.

٣- جمعية ثمرة الكلمة الخيرية القبطية.

٤- الجمعية العامة لرعاية المسنين. وقد استعان الباحث بالأخصائيات الاجتماعيات والمشرفين على هذه الأماكن في إحضار كل مسن أو مسنة إلى أماكن التطبيق التي خصصوها للباحث سواء أكانت بحدائق النادي أم في المكاتب وكانوا يمكثون مع الباحث لحين الانتهاء من إجراءات التطبيق التي كانت تمتد أحياناً من الصباح الباكر إلى بعد الظهيرة.

عينة الموظفين والموظفات:

عمد الباحث إلى اختيار تلك العينة من الموظفين والموظفات العاملين بالدولة بشرط أن يكونوا مستقلين اقتصادياً، عندهم من ينفقون عليهم، ويتحملون مسئوليتهم، وكان الباحث يتأكد من هذا قبل إجراء التطبيق، حتى الموظفات كن يشاركن أزواجهن أو أهلهن على مستوى الأسرة. والعائد المادي من العمل ثابت كل شهر، قد يزيد لكنه لا يقل.

رابعاً- الأسلوب الإحصائي:

١- طبقت قائمة موضوعات التفكير قبل النوم التي أعدها عبد الخالق وآخرون على جميع أفراد الدراسة، ثم حسبت النسبة المئوية لتكرار كل بند من بنود القائمة، ثم حسبت النسب المئوية لأعلى عشرة بنود من حيث التكرار مرتبة ترتيباً تنازلياً في القائمة لدى كل من ذكور وإناث الدراسة.

٢- بالنسبة للسؤال المفتوح، ثم تفريغ موضوعات التفكير التي ذكرتها كل عينة على حدة، مع حذف كل ما هو مكرر، وقد صاغ الباحث البنود بالشكل الذي يتفق وما خبره مع كل عينة على حدة، وبما لا يؤدي إلى تغيير المعنى المقصود، ثم حسبت بعد ذلك تكرارات اختيار كل بند من بنود موضوعات التفكير لدى كل عينة من الذكور والإناث.

النتائج:

للتحقق من الهدف الأول والثاني من أهداف الدراسة، نعرض فيما يلي كل الموضوعات التي ذكرتها كل عينة من واقع السؤال المفتوح، مع تحديد الأهمية النسبية لهذه الموضوعات لدى كل جنس على حدة عن طريق الترتيب التنازلي لهذه الموضوعات. وفيما يلي عرض لهذه الموضوعات.

أولاً- جدول رقم (١) يوضح النسب المئوية
لموضوعات التفكير قبل النوم
مرتبة ترتيباً تنازلياً لدى ذكور مرض الفشل الكلوي

مسلسل	موضوعات التفكير	%
١	التفكير في زرع كلية.	١٠٠
٢	التفكير في الحصول على متبرع.	١٠٠
٣	التفكير في المرض وكيفية الخلاص منه.	١٠٠
٤	التفكير في مصاريف العلاج الباهظة.	٩٨

%	موضوعات التفكير	مسلسل
٩٧	التفكير في الإرهاق الجسدي بعد كل عملية غسيل.	٥
٩٦	التفكير في تدبير المال اللازم لشراء كلية.	٦
٩٤	التفكير في تحقيق السعادة لأسرهم.	٧
٩٤	التفكير في استغفار المولى عز وجل.	٨
٩٠	التفكير في نقص الأعمال التي كانوا يقومون بها قبل المرض	٩
٨٨	التفكير في ضعف القدرة الجنسية التي تحدث تدريجياً.	١٠
٨٧	التفكير في حسن الختام.	١١
٨٧	التفكير في الله.	١٢
٨٦	التفكير في الجنة والنار.	١٣
٨٥	التفكير في الزوجة.	١٤
٨٥	التفكير في تأثير المرض على العلاقة الأسرية.	١٥
٨٢	التفكير في رضاء الناس عنهم وحبهم لهم.	١٦
٨٠	التفكير في أن يصلح حال المجتمع.	١٧
٧٧	التفكير في الظلم الذي يتعرض له المسلمون على يد الغير.	١٨
٧٧	التفكير فيما سوف تفعله أسرهم بعد موتهم.	١٩
٧٦	التفكير في مستقبل الأولاد بعد موتهم.	٢٠
٧٠	التفكير في تربية الأولاد وسعادتهم.	٢١
٧٠	التفكير فيمن يحبونهم وحرمهم. الغسيل المتكرر من رؤيتهم.	٢٢

ثانياً: جدول رقم (٢) يوضح النسب المئوية

لموضوعات التفكير قبل النوم مرتبة ترتيباً تنازلياً لدى إناث مرض الفشل الكلوي

%	موضوعات التفكير	مسلسل
١٠٠	التفكير في زرع كلية.	١
١٠٠	التفكير في إيجاد متبرع.	٢
١٠٠	التفكير في المرض وكيفية الخلاص منه.	٣
٩٨	التفكير في مصاريف العلاج الباهظة.	٤
٩٦	التفكير في الذهاب ٣ مرات أسبوعياً للغسيل.	٥

%	موضوعات التفكير	مسلسل
٩٥	التفكير في الحصول على أكياس دم.	٦
٩٤	التفكير في احتمال فشل الزواج.	٧
٩٤	التفكير في أن يطلقهن الزوج.	٨
٩٣	التفكير في الأبناء.	٩
٩٣	التفكير في أن يتزوج الزوج بأخرى.	١٠
٩٢	التفكير في الأعباء الملقاة على الزوج بسبب المرض.	١١
٩٠	التفكير فيمن يرعى الأولاد بعد الموت.	١٢
٩٠	التفكير في عدم القدرة على متابعة الأولاد.	١٣
٨٣	التفكير في زواج الإناث.	١٤
٨٠	التفكير في سعادة الأبناء.	١٥
٨٠	التفكير في الإحساس بعدم القيمة.	١٦
٧٩	التفكير في الشعور بالنقص.	١٧
٧٨	التفكير في نظرات الشفقة والتحسر في الآخرين.	١٨
٧٥	التفكير في الصحة التي ضاعت.	١٩
٧٠	التفكير في أن المستقبل صار بلا أمل.	٢٠

ثالثاً: جدول رقم (٣) يوضح النسب المئوية

لموضوعات التفكير قبل النوم مرتبة ترتيباً تنازلياً لدى مرضى السرطان

%	موضوعات التفكير	مسلسل
١٠٠	التفكير في ذكر المولى عز وجل.	١
٩٨	التفكير في الاستغفار كل يوم.	٢
٩٨	التفكير في التكفير عن الذنوب.	٣
٩٧	التفكير في أن ينام فلا يستيقظ مرة أخرى.	٤
٩٧	التفكير في حالهم عند لقاء ربهم.	٥
٩٥	التفكير في حالة الاكتئاب التي صاروا عليها.	٦
٩٠	التفكير في أفكار مرعبة ومؤلمة.	٧
٨٥	التفكير في رضا الناس عنهم قبل لقاء الله.	٨
٨٠	التفكير في طهارة النفس قبل دنو الأجل.	٩
٨٠	التفكير في أنهم صاروا أكثر عصبية ونرفزة.	١٠

رابعاً- جدول رقم (٤) يوضح النسب المئوية
لموضوعات التفكير قبل النوم
مرتبة ترتيباً تنازلياً لدى المساجين

مسلسل	موضوعات التفكير	%
١	التفكير في يوم الخروج من السجن.	١٠٠
٢	التفكير في الزنزانة.	٩٧
٣	التفكير في حياتهم قبل السجن وبعده.	٩٥
٤	التفكير في أسلوب المعيشة داخل السجن وخارجه.	٩٢
٥	التفكير في إقامتهم خلف القضبان.	٩٠
٦	التفكير في الحرية التي حرموا منها.	٩٠
٧	التفكير فيما سوف يفعلونه مع أسرهم بعد خروجهم من السجن.	٨٨
٨	التفكير فيما قاله الناس عنهم بعد دخولهم السجن.	٨٤
٩	التفكير في الطريقة التي سوف يتعامل بها الناس معهم بعد خروجهم من السجن.	٨٠
١٠	التفكير في حال المساجين معهم.	٨٠
١١	التفكير في إسعاد أسرهم وتعويضهم عما لا قوة بسببهم.	٨٠
١٢	التفكير في الطريقة التي يتعاملون بها في السجن.	٧٨
١٣	التفكير في تأنيب أنفسهم على دخولهم السجن.	٧٥
١٤	التفكير في الأشخاص سبب دخولهم السجن.	٧٥
١٥	التفكير في عدم العودة للسجن مرة أخرى.	٧٥
١٦	التفكير في لقمة العيش الشريفة.	٧٢

خامساً- جدول (٥) يوضح النسب المئوية
لموضوعات التفكير قبل النوم
مرتبة ترتيباً تنازلياً لدى المسنين

مسلسل	موضوعات التفكير	%
١	التفكير في الله سبحانه وتعالى.	٩٨
٢	التفكير في عمل الخير.	٩٨
٣	التفكير في قراءة القرآن.	٩٦
٤	التفكير في حسن الختام.	٩٥

مسلسل	موضوعات التفكير	%
٥	التفكير في زيارة أبنائهم لهم بالدار.	٩٢
٦	التفكير في العيش في الجنة.	٩٠
٧	التفكير في الصلاة والعبادة.	٩٠
٨	التفكير في صلاة الفجر.	٩٠
٩	التفكير في جحود الأبناء.	٩٠
١٠	التفكير في أنهم ليسوا مسنين بل مازالوا قادرين على العطاء.	٩٠
١١	التفكير في الحج وزيارة بيت الله الحرام.	٨٨
١٢	التفكير في أن الدار مجرد ساحة انتظار للموت.	٨٨
١٣	التفكير في أن يكون للمسن عمل يقوم به في الدار لا الجلوس للتسلية.	٨٨
١٤	التفكير في العمرة.	٨٥
١٥	التفكير في سعادة الأبناء وأولادهم.	٨٥
١٦	التفكير في زواج البنات.	٨٤
١٧	التفكير في إرضاء الزوجة.	٨٢
١٨	التفكير في أن يستر الله أبناءهم.	٨٢
١٩	التفكير في توصيل المعاش بالدار أول كل شهر.	٨٢
٢٠	التفكير في ارتفاع تكاليف الحياة هذه الأيام.	٨٢
٢١	التفكير في شفاء الزوجة.	٨٠
٢٢	التفكير في لم شمل الأسرة مرة أخرى.	٨٠
٢٣	التفكير في حل مشاكل المسنين وحسن التعامل معهم.	٨٠
٢٤	التفكير في الحالة الصحية.	٨٠
٢٥	التفكير في طلب الستر والصحة من الله.	٧٨
٢٦	التفكير في مصروفات الدار.	٧٥
٢٧	التفكير في الشفاء من المرض.	٧٠

سادساً : جدول رقم (٦) يوضح النسب المئوية
لموضوعات التفكير قبل النوم
مرتبة ترتيباً تنازلياً لدى المسنات

مسلسل	موضوعات التفكير	%
١	التفكير في الوحدة.	٩٠
٢	التفكير في قراءة القرآن.	٨٨
٣	التفكير في المرض.	٨٦
٤	التفكير فيمن سيقوم بدفنهن.	٨٥
٥	التفكير في الصلاة.	٨٥
٦	التفكير في ذكر الله.	٨٢
٧	التفكير في أن يكون بصحة جيدة.	٨٢
٨	التفكير في عمل الخير.	٨٠
٩	التفكير في طلب الشفاء من الله.	٨٠
١٠	التفكير في الإنفاق على العلاج.	٨٠
١١	التفكير في جهاز (أثاث) البنات.	٧٥
١٢	التفكير في إنجاب الأبناء.	٧٢
١٣	التفكير في تلقي مساعدة مالية تعين على الحياة والمرض.	٧٢
١٤	التفكير في عدم اهتمام الآخرين بهن.	٧٢
١٥	التفكير في الظلم في الحياة.	٧٢
١٦	التفكير في زواج الأبناء.	٧١
١٧	التفكير في الشعور بالأمان.	٧١
١٨	التفكير في الضيق من الدار والرغبة في الخروج منها.	٧٠
١٩	التفكير في تدخل الآخرين في مشاكلهن.	٧٠
٢٠	التفكير في زيارة الأبناء لهن.	٧٠
٢١	التفكير في سعادة الأبناء.	٧٠

سابعاً: جدول رقم (٧) يوضح النسب المئوية
لموضوعات التفكير قبل النوم
مرتبة ترتيباً تنازلياً لدى الموظفين

مسلسل	موضوعات التفكير	%
١	التفكير في الاستغفار.	٩٥
٢	التفكير في ذكر الله.	٩٠
٣	التفكير في كل ما يحقق السعادة لأسرهم.	٨٨
٤	التفكير في اكتساب ثقة رؤسائهم في العمل.	٨٦
٥	التفكير في أسلوب تعاملهم مع زملائهم في العمل.	٨٣
٦	التفكير في الترقية.	٨٠
٧	التفكير في لقاء الله.	٧٨
٨	التفكير في التنكيل بالمسلمين في كل مكان.	٧٧
٩	التفكير في تربية الأولاد.	٧٣
١٠	التفكير في العلاوة.	٧٢
١١	التفكير في كسب حب زملائهم في العمل.	٧٢
١٢	التفكير في الحوافز والمرتب.	٧١
١٣	التفكير في مستقبل الأولاد.	٧١

ثامناً: جدول رقم (٨) يوضح النسب المئوية
لموضوعات التفكير قبل النوم مرتبة ترتيباً تنازلياً لدى الموظفات

مسلسل	موضوعات التفكير	%
١	التفكير فيمن أحبهم.	٨٧
٢	التفكير في إسعاد كل فرد في الأسرة.	٨٣
٣	التفكير في الجنة والنار.	٨٣
٤	التفكير في الاستغفار.	٨٣
٥	التفكير في العمل.	٨٢
٦	التفكير في حب زملائهن وزميلاتهن.	٨١
٧	التفكير في المرتب.	٨٠
٨	التفكير في الترقي.	٨
٩	التفكير في اكتساب عطف الأم.	٧٨
١٠	التفكير في تعليم الأبناء.	٧٨

مسلسل	موضوعات التفكير	%
١١	التفكير في تحقيق طموحهن في العمل.	٧٧
١٢	التفكير في رضاء أمهاتهم عنهن.	٧٥
١٣	التفكير في مشاكل جيرانهن.	٧٢
١٤	التفكير في رعاية أبنائهن رعاية جيدة.	٧١
١٥	التفكير في رؤسائهن في العمل.	٧١
١٦	التفكير في تحقيق مطالب الأبناء قدر الإمكان.	٧١

مما سبق يتبين أن الهدفين الأول والثاني قد تحققا بشكل كبير، فالهدف الثاني قد تحقق ببيان الأهمية النسبية لموضوعات التفكير لدى كل جنس على حدة عن طريق الترتيب التنازلي لهذه الموضوعات، مع بيان البنود المميزة لعدد من عينات من المجتمع المصري، وهذا ما توضحه الجداول من ١ - ٨، أما الهدف الأول الذي يكمن وراءه الهدف الأساسي لهذه الدراسة وهو أن موضوعات التفكير قبل النوم التي يفكر فيها الطلاب المصريون سوف تختلف حتماً عن موضوعات التفكير قبل النوم لدى عينات أخرى مثل عينات الدراسة الثمانية التي ورد ذكرها في هذه الدراسة. فبالنسبة لعينتي مرض الفشل الكلوي تركز التفكير مع تباين النسب - وهو أمر طبيعي جداً - في زرع الكلية، والبحث عن متبرع، بالإضافة إلى التفكير في المرض ومصاريف العلاج، وجلسات الغسيل، والزوج مريض بالفشل الكلوي يفكر في الزوجة، وتأثير المرض على العلاقة الزوجية - الأسرية، أما الزوجة مريضة الفشل الكلوي فإن أشد ما تخشاه بعد التفكير في زرع الكلية وإيجاد متبرع، والمرض وكيفية الشفاء منه، ومصاريف العلاج، وجلساته المتكررة، هو احتمالية فشل زواجهن أو طلاقهن أو زواج الزوج بأخرى، وكل هذه الأمور لا تشغل بال الطالبات أو الطلاب المصريين، كما أن مريضات الفشل الكلوي يفكرن بشدة في زواج بناتهن، وهو أمر طبيعي أيضاً، ذلك لأن الإناث غالباً ما يشغل

تفكيرهن زواج البنات على وجه الخصوص، وهذا الموضوع يقل تركيز تفكير الذكور فيه مقارنة بالإناث، وإذا كانت مريضات الفشل قد انصرف تفكيرهن نحو بناتهن وزواجهن، فقد أنصرف تفكير الذكور مرضى الفشل نحو الأمور الدينية دون الإناث، فهم يفكرون في الله، والجنة والنار وحسن الختام والاستغفار، هذا بخلاف أن هناك موضوعات أخرى عديدة ورجت في موضوعات تفكير الذكور دون الإناث والعكس صحيح، والبحث الحالي ليس بصدد عقد مقارنة بينهما، لكنه غنى أساساً ببيان أن هناك موضوعات للتفكير تخص كل عينة، وأن هذه الموضوعات تتنوع بتنوع العينات ونوعها.

وإذا كان البحث الحالي قد أكد على هذا التباين، فقد كشفت لنا البنود عن تشابهاً في بعض موضوعات التفكير بين الذكور والإناث مثل التفكير في الأبناء وسعادتهم ومن يرعاهم بعد موتهما، هذا بخلاف ما ورد مسبقاً من التفكير في زرع كلية أو الحصول على متبرع وغير ذلك، وهو ما سوف يتأكد أكثر لدى بعض العينات التالي ذكرها فيما بعد.

وبالنسبة لعينة مرضى السرطان، فهم نظرياً أقرب إلى الموت - بعد مشيئة اللــه سبحانه وتعالي - فالدنيا لا تشغل بالهم، ولا أولادهم، ولا أي فرد من الأهل والأقارب ولا الأشخاص المحببين إليهم، لقد تركز تفكيرهم في ذكر اللــه واستغفاره والعمل من أجل تكفير الذنوب، والخوف من النوم - شبيه الموت - وكذلك حالهم عند لقاء ربهم، وبالمثل رضى الناس عنهم قبل لقاء الله. إنهم يريدون أن يتحرروا من كل قيد دنيوي قد يؤدي بهم نحو الهلاك عند الله، فكفاهم ما لاقوه في الدنيا من المرض، وعذاباته، وآلامه، إنهم ينأون بأنفسهم نحو الراحة الأبدية الخالصة عند اللــه حيث لا عذاب ولا ألم ولا مرض، إنهم يريدون لقاء اللــه وقد صفيت نفوسهم وتطهرت من كل آثامها

وموبقاتها، وكفاهم أن المرض قد نحى بهم نحو الاكتئاب وجعلهم أكثر عصبية ونرفزة وحول حياتهم من الهدوء والسكينة إلى العصبية والقلق والتوتر.

أما عينة المساجين فهي تتوق للحرية وللدنيا، فها هو أول وأهم موضوعات تفكيرهم وهو يوم الخروج من السجن والانطلاق إلى عالم الحرية بلا قيد ولا قيود ولا سجن ولا سجان ولا مساجين، مع الأمل مع عدم العودة إلى السجن مرة أخرى والندم على ذلك، هذا بخلاف الأمور الأخرى المتعلقة بالأسرة وما أصابها من جراء دخولهم إلى السجن ومحاولة تعويضهم عما لا قوة بسبب دخولهم السجن، إنه إحساس بالخزي والعار مع الندم على دخولهم السجن، والعيش خلف القضبان وغير ذلك.

أما العينتان الخامسة والسادسة - عينتا كبار السن - فالذكور منهم يأتي على رأس موضوعات تفكيرهم، ذكر الله وعمل الخير وقراءة القرآن، والصلاة خصوصاً صلاة الفجر، والجنة والحج والعمرة، إضافة إلى كرههم لإقامتهم بدار المسنين، فهي عندهم دار انتظار للموت لا للمعيشة والإقامة.

كما أنهم يهتمون بالأسر والأبناء والزوجة على وجه الخصوص سواء في التماس رضاها أو تمني الشفاء لها مع تمني الصحة لأنفسهم وطلب الشفاء من الله، ولم يفتهم أن يذكروا أن مما يقلقهم ويفكرون فيه دوماً جحود أبنائهم وعدم زيارتهم المستمرة لهم.

أما الإناث فقد أشتركن مع الذكور في بعض الموضوعات وإن تباين ترتيب هذه الموضوعات لديهن مثل قراءة القرآن وذكر الله والصلاة وطلب الشفاء والضيق من الدار وجحود الأبناء، غير أنهن ينفردن بالتفكير في جهاز البنات وإنجاب الأبناء.

وبرغم هذا فالأمور المتعلقة بالمشاعر والأحاسيس والانفعالات تحتل مساحة لا بأس بها في تفكيرهن، فعلى رأس الموضوعات الخوف من الوحدة

والإحساس بالإهمال من قبل الآخرين والظلم في الحياة وعدم الشعور بالأمان وتدخل الغير في مشاكلهن.

وأخيراً نأتي إلى عينة العاملين والعاملات بالدولة فالعمل وبعض ما يتعلق به هو أهم ما يميز موضوعات تفكيرهم سواء في محاولة اكتساب ثقة رؤساء العمل أو زملاء العمل أو الترقية أو المرتب والحوافز والعلاوة. بل والعمل ذاته وأسلوب التعامل مع زملاء العمل.

ومن الطبيعي أيضاً أن تشغلهم الأسرة والأبناء والسعي من أجل تحقيق السعادة لهم ورعايتهم وتحقيق مطالبهم قدر الإمكان، وكلاهما يفكر في الاستغفار وذكر الله والجنة والنار كذلك فإن ما يتعرض له المسلمون من أذى وتنكيل في بعض البلدان في كل أنحاء العالم، يعد من أهم الموضوعات التي تشغل بال الذكور، أما الإناث فالموضوعات المتعلقة بالمشاعر والأحاسيس نجد أن لها مكاناً لديهن فعلى رأس الموضوعات أنهن يفكرن في حبهن لأشخاص آخرين كما أنهن يفكرن في رضاء الأم وكسب عطفها، وكذلك كسب عطف الزملاء والزميلات في العمل، وأخيراً فإن مما يشغل بال الإناث ويأتي في مرتبة متقدمة على رعاية الأبناء وتحقيق مطالبهم، وكذلك رؤساء العمل، هو موضوع مشاكل الجيران، وهذا ما لا يبحثه البحث الحالي برغم أنه يلفت الانتباه أو يستدعى البحث فيه.

ولتحقيق الهدف الثالث من أهداف هذا البحث، فقد صنفت البنود التي تشكل موضوعات التفكير (التي لم ترد في قائمة عبد الخالق وآخرون) تبعاً للمجالات التي تستوعبها والموضوعات الخاصة - للتفكير - التي تشملها.

ومن المعروف أن معظم التصنيفات في العلوم النفسية تتم - في مرحلة ما - على أساس اختياري تحكمي arbitrary ويمكن أن تختلف وجهة النظر إلى أسس هذا التصنيف من قبل عدد من المختصين، وينطق ذلك أكثر على

المجال الحالي وما يناظره، ذلك أن طبيعة البنود التي تمثل موضوعات للتفكير قبل النوم يمكن أن تجعل أغلبها يندرج تحت أكثر من فئة تصنيفية. ومع ملاحظة هذه المشكلة، ووضعها في الحسبان، تم تصنيف موضوعات التفكير قبل النوم لدى عينات البحث الثمانية إلى عدد من المجالات تتضح فيما يلي:

أولاً- ذكور عينة مرض الفشل الكلوي:

تفرعت مجالات موضوعات تفكيرهم إلى ما يلي:

١- موضوعات تتعلق بالصحة والمرض:

عددها ٩ بنود هي البنود أرقام (١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٩، ١٠، ١٥) هذا مع الأخذ في الاعتبار أن البندين أرقام (٤، ٦) يشيران إلى أمور مالية لكنها بغرض تحسين الصحة، فالأول يتناول مصاريف العلاج والثاني يتناول تدبير المال بغرض شراء كلية، وكلاهما في النهاية - من وجهة نظر الباحث - موضوعات تتعلق بالحالة الصحية التي هم عليها.

٢- موضوعات ذات صبغة دينية:

وعددها أربعة بنود هي البنود أرقام (٨، ١١، ١٢، ١٣).

٣- موضوعات تتعلق بالأسرة (الزوجة والأولاد):

وعددها خمسة بنود هي البنود أرقام (٧، ١٤، ١٩، ٢٠، ٢١).

٤- موضوعات تتعلق بالمجتمع والآخرين:

وعددها أربعة بنود هي البنود أرقام (١٦، ١٧، ١٨، ٢٢).

ثانياً: الإناث مريضات الفشل الكلوي:

تفرعت مجالات موضوعات تفكيرهن إلي ما يلي:

١- موضوعات تتعلق بالصحة والمرض:

وعددها سبعة بنود هي البنود أرقام (١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ١٩).

مع الأخذ في الاعتبار البند رقم (٤) المتعلق بمصاريف العلاج.

٢- موضوعات تتعلق بالزواج (العلاقة الزواجية):

وعددها ثلاثة بنود هي البنود أرقام (٧، ٨، ١٠).

٣- موضوعات تتعلق بالأسرة (الزوج والأبناء):

وعددها ستة بنود هي البنود أرقام (٩، ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥).

٤- موضوعات تتعلق بالشعور بالدونية وفقدان الأمل:

وعددها أربعة بنود هي البنود أرقام (١٦، ١٧، ١٨، ٢٠).

ثالثاً: عينة مرضى السرطان:

تفرعت مجالات موضوعات تفكيرهم إلى ما يلي:

١- موضوعات ذات صبغة دينية:

وعددها ستة بنود هي البنود أرقام (١، ٢، ٣، ٥، ٨، ٩).

٢- موضوعات تتعلق بالحالة النفسية الحالية:

وعددها أربعة بنود هي البنود أرقام (٤، ٦، ٧، ١٠)

رابعاً: عينة المساجين:

وهم أيضاً يمكن تقسيم مجالات موضوعات تفكيرهم إلى ما يلي:

١- موضوعات تتعلق بالسجين والمساجين:

عددها ستة بنود هي البنود أرقام (١، ٢، ٤، ٥، ١٠، ١٢).

٢- موضوعات تتعلق بالسجين وحريته:

عددها خمسة بنود هي البنود أرقام (٣، ٦، ١٣، ١٥، ١٦).

٣ـ موضوعات تتعلق بالأسرة:

عددها بندان هما البندان أرقام (٧، ١١).

٤ـ موضوعات تتعلق بالآخرين:

عددها ثلاثة موضوعات هي البنود أرقام (٨، ٩، ١٤).

خامساً: عينة المسنين:

ويمكن تقسيم مجالات موضوعات تفكيرهم إلى ما يلي:

١ـ موضوعات ذات طبيعة دينية:

عددها تسعة بنود هي البنود أرقام (١، ٢، ٣، ٤، ٦، ٧، ٨، ١١، ١٤).

٢ـ موضوعات تتعلق بالأسرة (الزوجة والأبناء):

وعددها ثمانية بنود هي البنود أرقام (٥،٩،١٥،١٦،١٧، ١٨،٢١،٢٢).

٣ـ موضوعات تتعلق بمشاكل المسن:

عددها خمسة بنود هي البنود أرقام (١٠، ١٣، ١٩، ٢٠، ٢٣).

٤ـ موضوعات تتعلق بالدار التي يقيم بها المسن:

عددها بندان هما البنود أرقام (١٢، ٢٦).

٥ـ موضوعات تتعلق بالحالة الصحية للمسن:

عددها أربعة بنود هي البنود أرقام (٢٤، ٢٥، ٢٧).

سادساً: عينة المسنات:

وهم أيضاً يمكن تقسيم مجالات موضوعات تفكيرهم إلى ما يلي:

١ـ موضوعات ذات صبغة دينية:

عددها خمسة بنود هي البنود أرقام (٢، ٤، ٥، ٦، ٨).

٢ـ موضوعات تتعلق بالأبناء:

عددها خمسة بنود هي البنود أرقام (١١، ١٢، ١٦، ٢٠، ٢١).

٣ـ موضوعات تتعلق بالصحة والمرض:

عددها خمسة بنود هي البنود أرقام (٣، ٧، ٩، ١٠، ١٣).

٤ـ موضوعات تتعلق بالآخرين:

عددهما بندان هما البندان رقما (١٤، ١٩).

٥ـ موضوعات تتعلق بالمشاعر والانفعالات:

عددها أربعة بنود هي البنود أرقام (١، ١٥، ١٧، ١٨).

سابعاً: عينة الموظفين:

ويمكن تقسيم مجالات موضوعات تفكيرهم إلى ما يلي:

١ـ مجالات ذات صبغة دينية:

عددها أربعة بنود هي البنود أرقام (١، ٢، ٧، ٨).

٢ـ موضوعات تتعلق بالأسرة والأولاد:

عددها ثلاثة بنود هي البنود أرقام (٣، ٩، ٣، ١).

٣ـ موضوعات تتعلق بالعمل:

عددها ستة بنود هي البنود أرقام (٤، ٥، ٦، ١٠، ١١، ١٢).

ثامناً: عينة الموظفات:

١ـ موضوعات ذات صبغة دينية:

عددهما بندان هما البندان رقما (٣، ٤).

٢ـ موضوعات تتعلق بالأسرة (الأبناء على وجه الخصوص):

عددها أربعة بنود هي البنود أرقام (٢، ١٠، ١٤، ١٦).

٣ـ موضوعات تتعلق بالعمل:

عددها ستة بنود هي البنود أرقام (٥، ٦، ٧، ٨، ١١، ١٥).

٤ـ موضوعات تتعلق بالآخرين:

عددها بندان هما البندان رقما (١، ١٣).

٥ـ موضوعات تتعلق بالأم:

عددها بندان هما البندان رقما (٩، ١٢).

تعقيب:

إذا كان المثل الدارج يقول "كل يبكي على ليلاه"، فإن هذا المثل يمكن القول أنه ينطبق على عينات البحث كلها، لكن من باب أن "كل يفكر في ليلاه"، وليلاه هنا ـ إذا جاز للباحث ـ هي مجالات موضوعات تفكير كل عينة من عينات البحث، فالمرضى تصدرت مجالات تفكيرهم موضوعات الصحة والمرض ، وكذلك موضوعات الأسرة والموضوعات ذات الصيغة الدينية، وأيضاً الموضوعات المتعلقة بحالتهم النفسية والتي تمثلت في فقدان الأمل في حياة طيبة جيدة لا ألم فيها ولا مرض. ومرضى السرطان ـ على وجه الخصوص ـ ذوو طبيعة خاصة، ففكرهم أنصب غالبيته على التفرغ لليوم الآخر بنسبة ٦٠%، فالموت في فكرهم ولقاء الله أمامهم وحسابات الناس لديهم من خلفهم. إن ليلاهم هي كيفية النجاة والتي تكون بدايتها في الدنيا، حتى تكون الطهارة والخلاص عند لقاء الله. أما المساجين فليلاهم الحرية بصفة عامة وما يتفرع عنها وصولاً إليها بدءاً من التخلص من السجن والسجان وزملاء السجن وغير ذلك، إضافة إلى الآخرين خارج السجن الذين ينتظرون خروجهم. وكبار السن لا تختلف ليلاهم عن ليلي المرضى من حيث الاهتمام بالأسرة (الزوج والزوجة والأبناء)، وكذلك الحالة الصحية

والموضوعات ذات الصبغة الدينية إضافة إلى ليلي الدار التي يبغضها المسنون والمسنات على السواء. والإناث منهم في ليلاهم أمور ذات مشاعر وجدانية وانفعالية أيضاً كما هو الحال لدى المرضى.

أما ليلي العاملين فالعمل له مكانة في تفكيرهم والمرتب والحوافز والطموحات الوظيفية والترقي، وهناك ليلي أخرى يشتركون فيها مع سابقيهم من حيث التفكير في الأسرة بصفة عامة والأمور ذات الصبغة الدينية بصفة خاصة.

غير أن الموظفات العاملات انفردن في تفكيرهن بما أشار إلى أهمية الأم ومكانتها في تفكيرهن في بعض الأوقات.

إن كل عينة من عينات البحث لها ما تتشابه فيه مع بعضها البعض وأغلب الظن أنهم يتشابهون في موضوعات يشتركون فيها مع غالبية البشر، ولكن يبقى لكل عينة ما يخصها وحدها، يبقى لكل عينة ليلاها التي تؤرقها ليلاً وتسلب النوم من عينها، وأحياناً قد تجردها من ساعات الراحة الليلية التي من المفروض أن يركن فيها الجسد إلى الهدوء والراحة استعداداً ليوم تال مليء بالعديد من الموضوعات.

أن نتائج الهدف الثالث بصفة عامة تؤكد صحة ما افترضه الباحث، فبرغم التشابه البين بين عينات البحث في بعض مجالات موضوعات التفكير لديهم جميعاً، إلا أنهم تباينوا تبايناً ملحوظاً في بعض المجالات الأخرى التي تخص كل عينة على حدة.

إن النتائج التي حققها الهدف الثالث أكدت على أن هناك خصوصية مجالية فكرية يتميز بها مرضى الفشل الكلوي وحدهم، وكذلك مرضى السرطان، هذه الخصوصية المجالية الفكرية تختلف حتماً عما هو الحال لدى السجين غير المريض التواق للحرية، وعما لدى كبار السن الذين يأملون أن

يرتد بهم الزمن إلى الوراء ولا يبلغوا سن المعاش أبداً، وأخيراً الموظفين العاملين الذين لازال لهم دور في الحياة يلعبونه وهم راغبون فيه مستمتعين بأدوارهم سواء تجاه أنفسهم أو أولادهم أو المجتمع الذي يعيشون فيه.

نأتي الآن إلى عرض النسب المئوية لأعلى عشرة بنود من حيث التكرار مرتبة ترتيباً تنازلياً لدى جميع عينات البحث، وصولاً في النهاية للتحقق من الهدف الرابع وفيما يلي عرض لها:

جدول رقم (٩) يوضح النسبة المئوية لأعلى عشرة بنود من حيث التكرار مرتبة ترتيباً تنازلياً في قائمة موضوعات التفكير قبل النوم لدى مرضى الفشل الكلوي

الرتبة	موضوعات التفكير	%
١	التفكير في الأهل والأقارب	٧٩
٢	التفكير بالراحة والرغبة في شكر الله.	٧٧
٣	التفكير في محاسبة النفس.	٧٠
٤	التفكير في ذكريات الماضي.	٧٠
٥	التفكير في محاسبة النفس على سيئات الماضي.	٦٩
٦	التفكير في السعادة.	٦٧
٧	التفكير في الموقف الاقتصادي ومحاولة إصلاحه.	٦٦
٨	التفكير في مشكلات دينية مثل الحياة والموت والبعث.	٦٣
٩	التفكير في محاولة تأكيد الثقة بالنفس.	٦٠
١٠	التفكير في الأحداث الحاضر.	٦٠
١١	الشعور بتعب أو ألم في الجسم.	٦٠

جدول رقم (١٠) يوضح النسبة المئوية لأعلى عشرة بنود من حيث التكرار مرتبة ترتيباً تنازلياً في قائمة موضوعات التفكير قبل النوم لدى مريضات الفشل الكلوي

الرتبة	موضوعات التفكير	%
١	التفكير في الأحداث الحاضرة.	٩٤
٢	لا يوجد أفكار معينة بل هناك أرق رغم ذلك.	٩٠

٣	التفكير في يوم الحساب.	٩٠
٤	التفكير في الأهل والأقارب.	٨٨
٥	التفكير في الإهانات.	٨٦
٦	التفكير في المشكلات الأسرية.	٨٦
٧	التفكير في ذكريات الماضي.	٨٦
٨	التفكير في الشعور بتعب أو ألم في الجسم.	٨٥
٩	التفكير في شخص معين.	٨٤
١٠	التفكير في بعض المشاكل الخاصة.	٨٤

جدول رقم (١١) يوضح النسبة المئوية لأعلى عشرة بنود
من حيث التكرار مرتبة ترتيباً تنازلياً في قائمة
موضوعات التفكير قبل النوم لدى مرضى السرطان

الرتبة	موضوعات التفكير	%
١	التفكير في الموت.	١٠٠
٢	التفكير في محاسبة النفس.	١٠٠
٣	التفكير في يوم الحساب.	١٠٠
٤	التفكير في ذكريات الماضي.	١٠٠
٥	التفكير في مشكلات دينية مثل الحياة والموت والبعث.	٩٨
٦	التفكير في الشعور بالراحة والرغبة في شكر الله.	٩٧
٧	محاسبة النفس على سيئات الماضي.	٩٦
٨	التفكير في الماضي المخزن.	٩٥
٩	أفكار غريبة متسلطة.	٩٣
١٠	التفكير في بعض المشاكل الخاصة.	٩٣

جدول رقم (١٢) يوضح النسبة المئوية لأعلى عشرة بنود
من حيث التكرار مرتبة ترتيباً تنازلياً في قائمة
موضوعات التفكير قبل النوم لدى المساجين

الرتبة	موضوعات التفكير	%
١	التفكير في المشكلات الأسرية.	٨٥
٢	التفكير في ذكريات الماضي.	٨٣
٣	التفكير في حلول ترضي جميع الأطراف.	٨٢

%	موضوعات التفكير	الرتبة
٨٠	التفكير في الموقف الاقتصادي ومحاولة إصلاحه.	٤
٨٠	الشعور بالراحة والرغبة في شكر الله.	٥
٧٧	التفكير في المستقبل.	٦
٧٥	التفكير في بعض المشاكل الخاصة.	٧
٧٥	التفكير في السعادة.	٨
٧٢	التفكير في مشكلات عاطفية.	٩
٧٠	التفكير في كيفية مساعدة الوالدين.	١٠

جدول رقم (١٣) يوضح النسبة المئوية لأعلى عشرة بنود
من حيث التكرار مرتبة ترتيباً تنازلياً
في قائمة موضوعات التفكير قبل النوم لدى المسنين

%	موضوعات التفكير	الرتبة
٩٨	الشعور بالراحة والرغبة في شكر الله.	١
١٠٠	التفكير في يوم الحساب.	٢
٩٠	التفكير في مشكلات دينية مثل الحياة والموت والبعث.	٣
٩٠	التفكير في الموت.	٤
٩٠	التفكير في الأهل والأقارب.	٥
٨٨	التفكير في محاسبة النفس.	٦
٨٥	التفكير في السعادة.	٧
٨٣	حل مشكلة محيرة.	٨
٨٣	الشعور بتعب أو ألم في الجسم.	٩
٧٨	محاسبة النفس على سيئات الماضي.	١٠

جدول رقم (١٤) يوضح النسبة المئوية لأعلى عشرة بنود
من حيث التكرار مرتبة ترتيباً تنازلياً
في قائمة موضوعات التفكير قبل النوم لدى المسنات

%	موضوعات التفكير	الرتبة
١٠٠	الشعور بالراحة والرغبة شكر الله.	١
٨٩	التفكير في الموت.	٢
٨٨	محاسبة النفس.	٣

الرتبة	موضوعات التفكير	%
٤	التفكير في يوم الحساب.	٨٧
٥	التفكير في الإهانات.	٨٥
٦	التفكير في ذكريات الماضي.	٨٠
٧	الخوف على شخص عزيز من الموت.	٧٩
٨	الضيق من رتابة الحياة.	٧٥
٩	التفكير في شخص معين.	٧٤
١٠	التفكير في السعادة.	٧٣

جدول رقم (١٥) يوضح النسبة المئوية لأعلى عشرة بنود
من حيث التكرار مرتبة ترتيباً تنازلياً
في قائمة موضوعات التفكير قبل النوم لدى الموظفين

الرتبة	موضوعات التفكير	%
١	الشعور بالراحة والرغبة في شكر الله.	٩٠
٢	التفكير في المشكلات الأسرية.	٨٩
٣	التفكير في الموقف الاقتصادي ومحاولة إصلاحه.	٨٩
٤	التفكير في مشكلات دينية مثل الحياة والموت والبعث.	٨٣
٥	التفكير في السعادة.	٨٣
٦	محاسبة النفس على سيئات الماضي.	٨٢
٧	التفكير في المستقبل.	٨٢
٨	التفكير في الموت.	٨٠
٩	التفكير في مساعدة الوالدين وإخوتي.	٧٤
١٠	التفكير في بعض المشاكل الخاصة.	٧٣

جدول رقم (١٦) يوضح النسبة المئوية لأعلى عشرة بنود
من حيث التكرار مرتبة ترتيباً تنازلياً
في قائمة موضوعات التفكير قبل النوم لدى الموظفات

الرتبة	موضوعات التفكير	%
١	الشعور بالراحة والرغبة في شكر الله.	٩٣
٢	التفكير فيما سأفعله في الغد.	٨٣
٣	محاسبة النفس على سيئات الماضي.	٨٣

الرتبة	موضوعات التفكير	%
٤	التفكير في يوم الحساب.	٨٢
٥	التفكير في السعادة.	٨٠
٦	التفكير في المشكلات الأسرية.	٨٠
٧	التفكير في الموقف الاقتصادي ومحاولة إصلاحه.	٧٩
٨	التفكير في الموت.	٧٨
٩	التفكير في مشكلات العالم.	٧٦
١٠	التفكير في بعض المشاكل الخاصة.	٧٣

أخيراً نأتي إلى الهدف الرابع، فبعد أن عرضت قائمة موضوعات التفكير التي أعدها "عبد الخالق وآخرون" على عينات البحث الثمانية، قام الباحث بتحديد أعلى عشرة بنود من حيث التكرار بغرض التعرف إلى البنود التي قد يشتركون فيها والتي قد يختلفون فيها مع عينتي دراسة "عبد الخالق". وقبل مناقشة نتائج هذا الهدف يهمنا أن نعرض للنسب المئوية لأعلى عشرة بنود من حيث التكرار مرتبة ترتيباً تنازلياً في قائمة موضوعات التفكير قبل النوم لدى عينتي الطلبة والطالبات.

أولاً : عينة طلبة الجامعة:

١- التفكير فيما سيكون عليه الغد بنسبة ٦٢,٣٧.

٢- التفكير في المستقبل بنسبة ٦٠,٢٢.

٣- التفكير في بعض المشاكل الخاصة بنسبة ٥٦,٩٩.

٤- محاسبة النفس بنسبة ٥٥,٩١.

٥- الإحساس بالراحة والرغبة في شكر الله بنسبة ٥٥,٩١.

٦- التفكير في الامتحانات بنسبة ٥٣,٧٦.

٧- التفكير في دراستي بنسبة ٥٣,٧٦.

٨- التفكير في التقدير النهائي للعام الدراسي بنسبة ٥١,٦١.

٩- الرغبة في الاستيقاظ في موعد محدد بنسبة ٥٠,٥٤.

١٠- التفكير في حديث أحد الأصدقاء بنسبة ٥٠,٥٤.

ثانياً: عينة طالبات الجامعة:

١- التفكير في الامتحانات بنسبة ٧٦,١٩.

٢- التفكير في التقدير النهائي للعام الدراسي بنسبة ٧١,٤٣.

٣- التفكير في الدراسة والمذاكرة والنجاح بنسبة ٧١,٤٣.

٤- محاسبة النفس بنسبة ٧٠,٢٤.

٥- التفكير في المستقبل بنسبة ٦٥,٤٨.

٦- التفكير فيما سيكون عليه الغد بنسبة ٦٤,٢٩.

٧- التفكير في دراستي بنسبة ٥٩,٥٢.

٨- حل مشكلة محيرة بنسبة ٥٣,٥٧.

٩- الخوف على شخص عزيز من الموت بنسبة ٥١,١٩.

١٠- الخوف من فقد الوالد فجأة بنسبة ٥١,١٩.

مما سبق تبين أن التفكير في المستقبل قد شغل الرتبتين الأولى والثانية لدى الطلبة سواء بالتفكير فيما سيكون عليه الغد أو ما سيكون عليه المستقبل بصفة عامة، أما المجال الدراسي وما يتعلق به من التفكير في الامتحانات، والتقدير النهائي، فقد كانت رتبتها (السادس والسابع والثامن)، كذلك فهناك الموضوعات ذات الصبغة الدينية والمتمثلة في محاسبة النفس (الرتبة الرابعة) والإحساس بالراحة والرغبة في شكر الله (الرتبة الخامسة) وأخيراً فهناك موضوعات متنوعةٍ وهي غير ذات اتجاه محدد، وهي التفكير في المشاكل الخاصة والتفكير في حديث أحد الأصدقاء.

أما الطالبات فقد احتلت الدراسة أو المجال الدراسي وما يتعلق بهما كالتفكير في الامتحانات والتقدير النهائي والنجاح الرتب الأولى والثانية والثالثة والسابعة.

والمستقبل أيضاً كان له نصيب في تفكير الطالبات لكنه احتل رتبة متأخرة نسبياً عن الذكور إذ شغل الرتبتين الخامسة والسادسة عن ذات البندين.

أما الموضوعات ذات الصبغة الدينية فتمثلت في موضوع واحد هو محاسبة النفس الذي احتل الرتبة الرابعة.

وكذلك فإن الموضوعات المتنوعة غير ذات الاتجاه المحدد فقد تمثلت في بند واحد احتل الرتبة الثامنة وهو حل مشكلة محيرة، وأخيراً نأتي إلى الجانب الانفعالي الوجداني المتعلق بالأسرة مثل الخوف على شخص عزيز من الموت أومن فقد الوالد فجأة، وإن كان الأول يحتمل معان كثيرة قد لا تدخله تحت بند مجال الأسرة، إذ أن الخوف على عزيز غال قد يكون شخصاً آخر من خارج الأسرة أو الأهل أو حتى الأقارب.

نأتي الآن إلى المقارنة بين ذكور عينات الدراسة وإناثها وبين ما سبق عرضه لدى الطلبة والطالبات في دراسة "أحمد عبد الخالق وآخرون"، والغرض الأساسي من هذه المقارنة هو بيان أوجه التشابه والاختلاف بين عينات الدراستين، وفيما يلي عرض لذلك:

١ـ مرضى الفشل الكلوي ومريضاته:

بملاحظة الترتيب التنازلي للبنود العشرة لدى الذكور مرضى الفشل الكلوي نجد أنه لا اهتمام بالمستقبل ولا بالدراسة والأمر ذاته ينسحب على الإناث مريضات الفشل الكلوي غير أن هناك موضوعين تشابه فيهما ذكور

الفشل الكلوي والطلاب، هذان الموضوعان هما (محاسبة النفس والإحساس بالراحة، والرغبة في شكر الله) بصرف النظر عن الرتبة التي اتخذها كل بند منهما. فهما في الدراسة الحالية يحتلان الرتبة الثانية والثالثة على التوالي، بينما في دراسة "عبد الخالق" يحتلان الرتبة الرابعة والخامسة.

وإذا كان المستقبل قد جاء على رأس أول موضوعين للتفكير لدى الطلاب، فقد احتل موضوع التفكير في الأهل والأقارب الرتبة الأولى - لدى الذكور مرضى الفشل الكلوي، والأهل والأقارب مثلت بخمسة بنود بنسبة ٢٢,٧% من مجموع موضوعات التفكير التي ذكروها في السؤال المفتوح وهي تتعلق بالزوجة والأبناء (ذكوراً وإناثاً)، وهو ما لم يكن متوفراً في بنود قائمة موضوعات التفكير، فالطلاب لا زوجة لهم ولا أولاد. وإن كان الماضي لا يشغل الطلاب فهو يطل برأسه سافراً، ممثلاً في التفكير في ذكرياته ومحاسبة النفس على سيئاتها، وكلها موضوعات من الطبيعي أن تشغل بال تلك العينة فالمريض بالفشل لا يمثل المستقبل أهمية تذكر بالنسبة له، وهو يفكر دوماً فيما مضى، وما قيمة المستقبل والإحساس بأن المرض، يقضي عليهم تدريجياً وهم من الناحية النظرية وبعيداً عن مشيئة الله سبحانه وتعالى أقرب إلى الموت دون سواهم من الأصحاء، كما أنه مرض مؤلم نفسياً بالدرجة الأولى قبل أن يكون مؤلماً بدنياً، ولعل هذا ما جعل التفكير في الشعور بتعب أو ألم في الجسم يأتي في مؤخرة البنود العشرة من حيث الترتيب - حسبما يعتقد الباحث - وربما هذا مع إحساسهم بالألم، واختفاء بهجة الحياة وهو ما توضحه بنود ومجالات السؤال المفتوح السابق ذكرها من قبل، جعلهم يفكرون في السعادة سواء لهم أو لأسرهم وأبنائهم موضوع الأهل والأقارب قد جاء على رأس الترتيب التنازلي، وهل هذا الإحساس أيضاً يجعلهم يحاولون تأكيد ثقتهم بأنفسهم من أجل تخفيف معاناة الألم وشدة

وطأته وآلامه المبرحة، أغلب الظن أن الأمر - كما يرى الباحث - قد لا يخرج عن هذا.

أما الموقف المالي أو الاقتصادي ومحاولة إصلاحه فقد احتل الرتبة السابعة في موضوعات التفكير، وهو مما لا يشغل الطلاب على الإطلاق فلديهم من يعولهم وينفق عليهم ويوفر لهم متطلباتهم، وهذا يتفق وما ذكر من قبل فهم دائمو التفكير في مصاريف العلاج وكذلك التفكير في تدبير المال اللازم لشراء كلية وهي أمور وموضوعات حتماً يهتم بها هؤلاء المرضى ومن سواهم!!!

وهذا الموضوع موضوع "الموقف المالي ومحاولة إصلاحه" مما لا يشغل بال مريضات الكلى ولعل السبب في هذا أن هناك من يتولى الإنفاق عليهن وغير ذلك.

نأتي الآن إلى الإناث مريضات الفشل الكلوي، فلا اهتمام لديهن أيضاً بالمستقبل - فلا أمل منه أو فيه - ولا بالدراسة، بل إنهن لم يتشابهن في أي من البنود العشرة التي ركزت عليها الطالبات، وهذا قد يدعم وجهة نظر الباحث بأن موضوعات التفكير قبل النوم تختلف باختلاف العينة مجال الدراسة أو البحث، وهذا الأمر ينسحب على الذكور أيضاً في الدراستين، فمحاسبة النفس والإحساس بالراحة والرغبة في شكر الله من الموضوعات العامة التي قد تشترك فيها فئات عديدة، وهي موضوعات سوف يتضح فيما بعد تأكيدها عند بحث موضوعات التفكير لدى باقي العينات، فضلاً عن أنها موضوعات ذات صبغة دينية مثل التفكير في يوم الحساب والحياة والبعث والموت، وكل ما هو ديني من المتوقع أن يشغل بال غالبية البشر.

وإذا كانت الطالبات تفكرن في الخوف من فقد عزيز بالموت (الرتبة التاسعة) أو في فقد الوالد فجأة (الرتبة العاشرة)، وهو السند والمعين لهن بعد

الله، وهي موضوعات تتعلق بالمشاعر الانفعالية الوجدانية الأسرية، فإن موضوعات الأهل والأقارب، والمشكلات الأسرية قد احتلت المركزين (الرابع والسادس) على الترتيب وما يؤكد أهميتهما لدى هذه العينة على وجه التحديد، ما ذكر منهن في السؤال المفتوح فهن يفكرن في فشل الزواج والطلاق وزواج الزوج بأخرى والأعباء الملقاة على الزوج وكلها مشاكل أوجدها وقوعهن فريسة لهذا المرض الخطير.

والأبناء لهم نصيب في التفكير فما بين الخوف فيمن يرعاهم بعد موتهن مروراً بعدم قدرتهن على متابعتهم بسبب المرض، والتفكير في زواج الإناث على وجه الخصوص، وختاماً تمني السعادة لهم. وكل هذه الموضوعات تمثل ٤٥% من مجموع الموضوعات التي ذكرت في استجاباتهن على السؤال المفتوح بينما لا تمثل أي نسبة لدى الطالبات على الإطلاق حيث لا أولاد ولا زوج لهن.

ولا يكفيهن التفكير في مشكلات الأسرة، بل هناك مشاكلهن الخاصة التي قد تزيد من أعبائهن النفسية والتي من المحتمل أنها تتعلق بالمرض وما يجره عليهن، ورغبتهن في التخلص منه أو ما شابه ذلك من موضوعات تنطوي تحت قول أو جملة المشاكل الخاصة.

ومع المرض هناك الأرق وعدم النوم الذي احتل الرتبة الثانية بنسبة ٩٠% وهناك التفكير في الإهانات، وما يدعم هذا أنهن ذكرن بنوداً ع في السؤال المفتوح تتعلق بالإحساس بعدم القيمة والشعور بالنقص بل والتحسر على أنفسهن من خلال إدراكهن لنظرات الشفقة والتحسر التي تبدو على الآخرين تجاههن. إنه شعور بالدونية، وبأنهن أقل من غيرهن، وأقلهن استمتاعاً بالحياة.

إنهن والذكور يغسلون الكلية عدة مرات أسبوعياً والمرة الواحدة تستغرق من ٣ ـ ٤ ساعات، وبعدها معاناة من الغسيل واستعداداً لالتقاط الأنفاس في اليوم التالي استعداد للغسيل مرة أخرى وهكذا. ولعل هذا ما جعل موضوع التفكير في يوم الحساب يحتل الرتبة الثالثة لديهن، وكما ذكر الباحث من قبل أنهن يشعرن أن الموت قريب منهن لا محال، فإن لم يكن اليوم فغداً، وإن لم يكن غداً فبعد غد. وبرغم ما هن فيه فهن غير بعيدين عن موضوع التفكير في الأحداث الحاضرة الذي احتل الرتبة الأولى بنسبة ٩٤%، ولا يجد الباحث تفسيراً لهذا، فهناك موضوعات أخرى أكثر أهمية ـ من وجهة نظر الباحث ـ مثل الشعور بالتعب أو الألم الجسمي لارتباطه الشديد بحالتهن وتأثيره عليهن وهو الموضوع الذي احتل المرتبة الثامنة وبنسبة ٨٥% وأياً كان الأمر فإنه ربما ينطوي على المجتمع وما يمر به يعد من الموضوعات التي تشغل بال تلك الفئة خصوصاً وأنها تكررت لدى الذكور وإن اختلف الترتيب.

وأخيراً جدير بالذكر أن نذكر أن هناك نسبة ٤٠% من البنود اتفق فيها مرضى الفشل الكلوي ومريضاته وهي التفكير في الأحداث الحاضرة، والأهل والأقارب وذكريات الماضي والشعور بالتعب أو الألم في الجسم، بصرف النظر عن الرتبة التي اتخذها كل بند منهم، ويعني ذلك أن في موضوعات التفكير قدراً مشتركاً لا بأس به بين ذكور الفشل الكلوي ومريضاته.

بقيت في هذا الصدد نقطتان الأولى: تتمثل في أن ذكور الفشل الكلوي يفكرون في السعادة، ويحاولون تأكيد الثقة بالنفس ويسعون لإصلاح أحوالهم المالية والشعور بالراحة والرغبة في شكر الله، في حين أن الإناث مريضات الفشل الكلوي يشعرن بالدونية والنقص والاهانات، وأن المستقبل قد ضاع

والصحة ضاعت ولا أمل في الحياة، فهل يفسر هذا بأنهن أكثر انقباضاً من الذكور، أم أن الجانب الانفعالي الوجداني وكذلك المشاعر لديهن أعلى درجة أو رتبة مقارنة بالذكور.

أنها أمور تحتاج إلى تفسير لا يسع المجال هنا لذكرها، والثانية: أنه رغم كثرة عدد الموضوعات المرتبطة بالأسرة (الزوجة، الزوج، الأبناء) والتي هي في صالح الإناث مقارنة بالذكور، فإنه مما يلفت النظر أن التفكير في الأهل والأقارب ممثل في (الزوج، الزوجة، الأبناء) يأتي في الرتبة الأولى لدى الذكور في قائمة "عبد الخالق" بينما يأتي في الرتبة الرابعة لدى الإناث وإن كانت النسبة الأعلى ترتيباً لصالح الإناث فهي لدى الذكور تمثل ٧٩% من مجموع الاستجابات، بينما هي تمثل ٨٨% من مجموع الاستجابات لدى الإناث.

ثانياً: مرضى السرطان:

يهمنا أن نذكر أن استجابات مرضى السرطان بصفة خاصة كانت مقتضيه جداً، وبصعوبة بالغة أمكن استخراج (١٠) بنود من السؤال المفتوح اتفق عليها نسبة تراوحت ما بين ٨٠ : ١٠٠، وكذلك خمسة عشر بنداً من قائمة "عبد الخالق" بنسب تراوحت بين ٨٩ : ١٠٠.

ولكونهم بشر، ووفقاً لما ذكر من قبل من أن هناك موضوعات عامة يشترك فيها غالبية البشر، فقد اشتركت عينة السرطان في بندين من بنود موضوعات التفكير المتعلقة بالطلاب وهذان البندان هما:

١- محاسبة النفس بنسبة ١٠٠% في حين أنها كانت لدى الطلاب بنسبة ٥٥,٩١ %.

٢- الإحساس بالراحة والرغبة في شكر الله بنسبة ١٠٠% في حين أنها كانت لدى الطلاب أيضاً بنسبة ٥٥,٩١ %.

وغير ذلك نجد على رأس الموضوعات أربع موضوعات كانت نسبة التفكير فيها ١٠٠% أيضاً، وهي على الترتيب التفكير في الموت ويوم الحساب والتفكير في الحياة والموت والبعث، وكلها موضوعات ذات صبغة دينية، يرتبط بها أيضاً محاسبة النفس سواء بالتفكير في ذكريات الماضي أو محاسبتها على سيئاتها.

وكلها أمور من الطبيعي أن ترد على تفكير مريض السرطان دون غيره، فالإحساس لديهم - هم على وجه الخصوص - بالموت المفاجئ أمر وارد جداً في ظل الظروف النفسية الرهيبة التي يعيشونها، مع توقع الموت بين كل لحظة وأخرى، وهذا قد يفسر لدى الباحث الإحساس باللامبالاة منهم تجاه حياتهم أثناء التطبيق بصفة عامة. إنهم شبيهو من ينتظرون الحكم بالإعدام شنقاً - هذا مع الفارق - فهذا من جراء عمله وأخطاءه، وهذا بما سببه المرض.

بل أن هذا ربما يكون وراءه أيضاً إحساسهم بانعدام الأمل في الحياة والمستقبل. ولعل هذا ما يفسر لدى الباحث أيضاً بأنهم كانوا قليلي الحركة، واليأس يغلب عليهم، والأمور كلها لديهم سواء، إنهم من أول لحظة عابرة تراهم مكتئبين واجمين، الدنيا سوداء في أعينهم.

ولعل تفكيرهم في الأفكار الغريبة المتسلطة عليهم أو بما يسميه علم النفس بالأفكار الوسواسية. هذا التفكير كله يرتبط ببعضه، فلا إحساس بالسعادة ولا أملا هناك في المستقبل، بل أفكار مرعبة، والماضي كله حزين ولا شيء جميل فيه يستحق التأمل والبهجة والموقف هنا في النهاية - مع انتظار الأجل المحتوم - يجعلهم يتقربون إلى الله بالذكر والاستغفار، وطهارة النفس قبل لقاء المولى عز وجل، مع محاولة التكفير عن الذنوب، ومحاولة

التخلص من حقوق الناس لديهم أو الإحساس بأن للآخرين ذنب أو دين في أعناقهم قبل لقاء الله.

إن كل مجالات تفكيرهم ووفقاً لعدد البنود التي ذكروها إنما تنقسم إلى مجالين اثنين فقط هما المجالات ذات الصبغة الدينية، والمجالات المتعلقة بحالتهم النفسية الراهنة، وهي قطعاً متردية إلى أبعد مدى بل في الحضيض. وختاماً فهم على الرغم من معاناتهم وآلامهم التي لا تحتمل سواء على المستوى العضوي أو النفسي، نجد أن لهم مشاكلهم الخاصة التي يفكرون فيها، وأغلب الظن - كما يرى الباحث - أنها قد ترتبط أيضا بحالتهم النفسية الراهنة وظروفهم المرضية،وربما قد تكون مرتبطة بأمل أو أمنية أو عاطفة أو حب كانوا يتمنون تحقيقه، أو بشخص له مكانة وجدانية عندهم.

٤ـ عينة المساجين:

بملاحظة الترتيب التنازلي للبنود العشرة نجد أن هناك تشابهاً بين عينة الطلبة وعينة المساجين في ثلاث موضوعات هي الشعور بالراحة والرغبة في شكر الله، والتفكير في المستقبل، وأخيراً التفكير في بعض المشاكل الخاصة، هذا مع اختلاف الترتيب التنازلي والنسب المئوية، فبالنسبة للطلاب احتل موضوع الشعور بالراحة والرغبة في شكر الله الرتبة الخامسة وبنسبة ٥٥,٩١% في حين جاء ذات الموضوع لدى المساجين بذات الترتيب لكن بنسبة ٨٠%.

كذلك جاء التفكير في المستقبل في الرتبة الثانية بالنسبة للطلاب وبنسبة ٦٠,٢٢% بينما جاء هذا الموضوع في الرتبة السادسة لدى المساجين بنسبة ٧٧%، أما موضوع التفكير في بعض المشاكل الخاصة فقد جاءت رتبته الثالثة لدى الطلاب بنسبة ٥٦,٩٩%، في حين أنه في الرتبة السابعة لدى المساجين وبنسبة ٧٥%.

إن التفكير في الغد بصفة عامة والمستقبل بصفة خاصة مع بعض الاهتمام بالمشاكل الخاصة يعتبر من أهم الموضوعات التي تشغل الطلاب والتي جعلتها تتقدم على موضوعات الدراسة والتقدير والامتحانات، وهي موضوعات لها أهميتها بالنسبة للطالب لكنها تقدمت عليها، والمستقبل إن كان يمثل أهمية للطالب الحر الطليق، فهو يمثل أكبر الأهمية للسجين المقيد المحبوس خلف القضبان، إنه ينتظر، يأمل قدوم الغد وانصرافه، يبحث في المستقبل حال الخروج، لقد تبدل حاله من حال إلى حال، ويأمل في مستقبله غد أكثر إشراقاً بعيداً عن السجن وعن كل ما يقرب إليه.

والمشكلات الأسرية والماضي والموقف المالي، إن كانت لا تمثل أية أهمية بالنسبة للطالب بالنسبة لنسبة الـ ١٠% المرتبة ترتيباً تنازلياً، فهي لدى السجين من أهم الموضوعات التي تشغل تفكيره مثل النوم فقد احتلت المشكلات الأسرية المقدمة بنسبة ٨٥%، وذكريات الماضي بنسبة ٨٣%، أما الموقف المالي فقد جاء رابعاً وبنسبة ٨٠%.

إن الأسرة وماضيهم وأفعالهم التي أدت إلى دخولهم السجن ومحاولة إصلاح الموقف المالي كلها أمور ترتبط ببعضها وما ذكره المسجونون في استجاباتهم على السؤال المفتوح، فقد احتل الاهتمام بالأسرة الرتبة الأولى بعد تفكيرهم في السجن والسجان والسجناء والمعيشة داخل السجن، أما تحسين الموقف الاقتصادي فقد تمثل في موضوع التفكير في لقمة العيش الشريفة بعد خروجهم من السجن، كذلك التفكير في ذكريات الماضي يرتبط بشكل مباشر بالتفكير في حياته قبل دخول السجن، وما سيقوله الناس عنه بعد دخول السجن وحياته أو أسلوب معيشته داخل السجن وخارجه، كلها أمور تربط الماضي بالحاضر مع التحسر على ما مضى من قبل. والمشكلات الخاصة تتضمن المشكلات العاطفية وهي أيضاً موضوعات خاصة بل وخاصة جداً،

ولأنهم حرموا من الكثير بتقييد حرياتهم فهم يفكرون في السعادة ليس لهم فقط بل لأسرهم.

نصل بعد ذلك إلى تناول آخر موضوعين الأول: التفكير في حلول ترضي جميع الأطراف والذي احتل الرتبة الثالثة بنسبة ٨٢%، فمحاولة إرضاء جميع الأطراف من - وجهة نظر الباحث - لا تعبر عن الثقة في النفس أو الثبات النفسي، إذ من المستحيل إرضاء كل الأفراد أو الأطراف، فهل هذا مرتبط بحالتهم الراهنة، بأنهم سجناء، يحاولون كسب الكل مع استحالة هذا نظرياً، ربما يكون هذا.

وثانياً: التفكير في مساعدة الوالدين والأخوات وهو الأمر الذي يتعلق بالأهل والأقارب والذي جاء في الرتبة الأخيرة وبنسبة ٧٠%، فالباحث يعتقد أنهم حتماً يفكرون في هذا، فالوالدان والأخوات يتأثران بدخول فرد. منهم إلى السجن، وربما يتسبب هذا الدخول في مشاكل اجتماعية كثيرة لا مجال لذكرها هنا، وهذا يرتبط بأنهم يفكرون فيما سوف يفعلونه من أجل أسرهم بعد خروجهم من السجن، كذلك محاولة إسعاد الأسرة وتعويضها عما لا قوة بسببهم بعد دخولهم السجن.

٥- عينة المسنين:

تشابهت تلك العينة أيضاً مع عينة الطلاب في بندين الأول: الشعور بالراحة والرغبة في شكر الله (الرتبة الأولى وبنسبة ١٠٠%) مما يعني أنه يمثل أهمية قصوى لدى المسنين إذ أجمع كلهم دون استثناء على شكر الله على ما هم فيه مع الإحساس بالراحة، بينما كان ذات الموضوع يمثل الرتبة الخامسة لدى الشباب من الطلاب وبنسبة ٥٥,٩١ وكذلك محاسبة النفس احتل الرتبة السادسة لدى المسنين بنسبة ٨٨% بينما كان الرتبة الرابعة لدى الطلاب وبنسبة ٥٥,٩١% أيضاً.

إن الفرق بين المسن والطالب يتمثل في إحساس المسن بأن الدنيا ذاهبة عنه وهو مقبل على مفارقة الحياة، عكس الطالب فالدنيا إحساساً أو شعوراً مقبلة عليه، غير دابرة عنه، لم تعطه ظهرها بعد كما يقال، ولعل هذا يفسر أن نسبة ٦٠% من الموضوعات إنما تمثل الموضوعات ذات الصبغة الدينية، فما بين التفكير في يوم الحساب بنسبة ٩٨% إلى التفكير في الموت والحياة والبعث بنسبة ٩٠% وأخيراً محاسبة النفس على أفعالها بنسبة ٨٨% وعلى سيئاتها بنسبة ٧٨%.

إنها موضوعات يحتمها تفكير المسن، فالله ثم الدين أقرب إليه من أي شيء، إنه يفكر في العمرة والحج والصلاة والعبادة والجنة. لقد احتلت الموضوعات ذات الصبغة الدينية لديهم تسع موضوعات من أصل سبعة وعشرون موضوعاً، وبنسبة ٣٢% وهي نسبة مرتفعة بالفعل لأنها تمثل أعلى الموضوعات في مجالات تفكيرهم.

نأتي إلى موضوع التفكير في الأهل والأقارب الذي احتل الرتبة الخامسة بنسبة ٩٠% وهو الموضوع الذي يتضمن عدداً كبيراً من الأفراد بدءاً من الزوجة ومروراً بالبنين والبنات وغير ذلك، ذلك لأن القائمة لا تحتوي على بنود تمثل الاهتمام أو التفكير بالزوجة أو الأبناء. إن نسبة ٩٠% نسبة عالية لا بأس بها، ترتبط بها ثمانية موضوعات بنسبة ٢٩% تتعلق بالأسرة (الزوجة والأبناء)، فالزوجة يسعون لرضاها ويتمنون شفاءها، إنها رفيقة رحلة الكفاح والعمر، تحملت، عانت، إنها السند الباقي بعد الله في رحلة العمر التي انتهت بهم إلى دار المسنين، أما الأبناء فهم جاحدون، ناكرون للجميل، لا يقومون بزيارتهم في الدار كثيراً،ومع هذا يفكرون في سعادتهم وسعادة أحفادهم، كما يفكرون في زواج البنات.

إن المسن لا يفكر في سعادته هو بل في سعادة الكل ويسعى للم شمل الأسرة التي تفرقت وانتهت بدخوله دار المسنين الشبيهة بالسجن كما ذكر بعضهم للباحث أثناء التطبيق. كذلك فالمسن مشاكله عديدة يحاول حلها، فلا زال قادراً على العطاء، يتمنى أن يستمر في مزاولة العمل وأن تحل كل مشاكل المسنين مثل مشكلة توصيل المعاش بدلاً من الوقوف في طابور طويل حتى يأتي دوره ويأخذ معاشه. وأخيراً ولعوامل العمر وتدهور الصحة بتقدمه في السن، فهم يفكرون دوماً في الشعور بالآلام الجسدية والإحساس بالتعب.

٦ـ عينة المسنات:

إذا كان المسنون والطلاب يفكرن قبل نومهم في محاسبة النفس، فكذلك المسنات والطالبات يفكرون في محاسبة النفس قبل النوم وهو الموضوع الوحيد الذي تشابها فيه واختلفا في الباقي كله، فقد جاء في الموضوع في الرتبة الثالثة وبنسبة ٨٨% لدى المسنات، كما جاء في الرتبة الرابعة وبنسبة ٧٠,٢٤% لدى الطالبات، وإذا كانت الطالبات قد تفوقن على الطلاب في الجانب الانفعالي الوجداني في دراسة "عبد الخالق" حينما أشرن في موضوعات تفكيرهن إلى موضوع الخوف على شخص عزيز من الموت، وكذلك الخوف من فقد الوالد فجأة، فكذلك المسنات مقارنة بالمسنين تفوقن في هذا الجانب تماماً سواء في استجاباتهن على القائمة أو فيما ذكرن في الاستجابات على السؤال المفتوح. فالموضوعات المتعلقة بالمشاعر والانفعالات والجوانب الوجدانية لم ترد في تصنيف مجموعات موضوعات التفكير لدى الذكور، بينما مثلث بعدد أربع موضوعات وبنسبة ١٩%، فهن قلقات من الوحدة بعد أن كانت حياتهن مليئة بما يشغلهن ليلاً ونهاراً، واليوم انصرف الكل عنهن وصار المقام في النهاية دار المسنات وما أبشعها بالنسبة لهن من مقام لأنهن يضقن بها ويفكرن دوماً في الخروج، بل الهروب منها،

بل أن بعض المسنات قد ذكرن للباحث أنهن يفكرن في الانتحار دوماً، لكن نسبة من ذكرن هذا لم ترق إلى الحد الذي يكون هذا أحد الموضوعات المتكررة في التفكير لدى الغالبية العظمى منهن.

كذلك فالإحساس بالظلم في الحياة وعدم الشعور بالأمان يجعلنا تفكر في تلك الفئة من الناس، وأن نفكر في كيفية إسعادهن والتخفيف عنهن دوماً، بل عن فئة كبار السن بصفة عامة، لقد انصرف عنهن من كانوا مليء سمعهن وبصرهن، وكل حياتهن، جحد الأولاد، وصار للكل حياته، وهي كأم تنتظر دوماً زيارة الأبناء لها. والظلم كإحساس يرتبط من - وجهة نظر الباحث - بتفكيرهن في الإهانات التي يتعرضن لها، وذكريات الماضي الذي كن فيه، وهن ملئ السمع والبصر، الكل يسعى لرضائهن، وكسب حبهن وعطفهن. والسؤال الآن هل هناك علاقة بكل ما سبق عرضه وبين تفكيرهن في الموت الذي احتل ترتيباً متقدماً وهو الترتيب الثاني وبنسبة ٨٨% وهل يدل هذا على أنهن وصلن إلى درجة يأس فعلاً من الحياة.

ويهم الباحث في ختام هذا التعقيب إلى تناول موضوع تفكيرهن في السعادة، الذي يرى الباحث أن تفكيرهن فيها ليس من أجلهن بل من أجل الغير كما تعودن على العطاء دوماً للآخرين، فبمراجعة موضوعات السؤال المفتوح نجد أنهن يفكرن أبنائهن بصفة عامة ذكوراً وإناثاً.

حتى التفكير في شخص معين فغالباً ما يكون الابن أو الابنة أو الزوج حيث يرى الباحث، ومن خلال التعامل معهن أثناء التطبيق أن الأسرة وكل ما يتعلق بها وسعادتها هي أهم ما يشغلهن على الإطلاق. ونختتم التفسير في هذا الصدد بتناول موضوع الشعور بالراحة والرغبة في شكر الله الذي جاء في الرتبة الأولى وبنسبة ١٠٠% بالقول بأن هذا هو حال غالبية كبار السن

مهما صادفتهم الظروف الصعبة، ومهما كانت حالتهم النفسية ومهما أنكرهم الأبناء فالله وشكره دائماً في تفكيرهم.

٦ـ عينة الموظفين: بملاحظة الترتيب التنازلي للبنود العشرة لدى الموظفين نجد أن هناك تشابهاً بينهم وبين الطلاب في موضوعين هما:

الأول: "الشعور بالراحة والرغبة في شكر الله"، وهو الموضوع الذي احتل الرتبة الأولى وبنسبة ٩٠%، في حين أنه احتل الرتبة الخامسة لدى الطلاب وبنسبة ٥٥,٩١%.

وهذا الموضوع على وجه الخصوص له دلالة، إذ ورد على تفكير جميع أفراد عينات البحث باستثناء عينة مريضات الكلي سواء من خلال استجاباتهن على قائمة موضوعات التفكير أو من خلال استجابتهن على السؤال المفتوح ولو بمعنى مشابه من قريب أو من بعيد وأياً كان فمدلوله عند الباحث هو قناعة المصريين بما قسم الله لهم، فهناك ارتياح وهناك شكر للخالق البارئ، وهناك محاسبة للنفس دائماً.

وعودة للموظفين نجد أن هذا يتأكد فعلى رأس موضوعات السؤال المفتوح الاستغفار (الرتبة الأولى وبنسبة ٩٥%) وذكر الله (الرتبة الثانية بنسبة ٩٠)، لقاء الله (الرتبة السابعة بنسبة ٧٨%)، ويرتبط بهذا تفكيرهم في حال المسلمين في العالم، فهم غير راضين ويقلقهم ما يعانيه المسلمون من عذابات وأذى على يد الآخرين والتي تصل إلى حد التنكيل بهم في كل مكان (الرتبة الثامنة بنسبة ٧٧%). وأهمية هذا الموضوع الأخير تكمن لديهم في أنه سبق موضوع تربية الأولاد والتفكير في العلاوة والحوافز والمرتبات ومستقبل الأولاد.

إن الموضوعات ذات الصبغة الدينية تمثل ٣١% من مجموع استجاباتهم على السؤال المفتوح كما تمثل ٤٠% من نسبة أعلى عشرة بنود

مكررة في قائمة موضوعات التفكير، إنهم إضافة لما سبق يفكرون في الحياة والموت والبعث ويحاسبون أنفسهم على سيئات الماضي ويفكرون في الموت. أما الموضوع الثاني الذي يتشابه فيه الطلاب والموظفين وهو الموضوع الذي لم يشغل تفكير جميع عينات البحث باستثناء عينة المساجين الذين يأملون مع المستقبل - يوم الخروج من السجن - وضعاً أفضل عما كانوا عليه داخل السجن. هذا الموضوع احتل الرتبة الثانية بنسبة ٦٠,٢٢% لدى الطلاب، بينما احتل الرتبة السادسة بنسبة ٨٢% لدى الموظفين مما يؤكد على أهميته بالنسبة لهما مع الأخذ في الاعتبار الفروق في الوضع الاجتماعي، فالطالب يهمه في المستقبل بالنسبة له يعني زيادة في المرتب، أقدمية في العمل، علاوات متكررة، ترقية للأعلى، مستقبل أفضل للبنين والبنات وغير ذلك كثير.

وبخلاف ما سبق تباينت الموضوعات بين الطلاب والموظفين فالموظف له أسره ولها مشكلات تشغل تفكيره بنسبة ٨٩% إن الموظفين راعون لأسرهم، ينفقون عليها يتولون أمرها، ويهمهم بقاءها، وهذا يرتبط بالتفكير في الموقف الاقتصادي ومحاولة إصلاحه، فالأعباء المالية كثير سواء تجاه الزوجة أو الأبناء وتعليمهم أو زواجهم، وكل هذا يحتاج لدعم ولون مادي مستمر، إنهم يفكرون في العلاوة والحوافز وكلها أمور تساعد على زيادة دخلهم والترقية أحد أبواب زيادة الدخل.

والتفكير في السعادة (بنسبة ٨٣%) حتمي حتى يخففون عن أنفسهم عناء العمل والحياة، وهم يملكون بعضاً من هذه المقومات لتحقيق السعادة لأنفسهم أو لغيرهم. والوالدين والأخوة لهم نصيب في تفكيرهم من حيث مد يد العون لهم ومساعدتهم، وهذا واجب عليهم، وإحساسهم به جعلهم يحتلون مركزاً في التفكير لديهم قبل النوم. وأخيراً "المشكلات الشخصية" لها نصيب في تفكيرهم أيضاً وهي مشاكل ربما تكون مرتبطة بالعمل من حيث انتظار

الترقية أو العلاوة أو مشاكل مع الزملاء والزميلات أو حتى مع رؤساء العمل، أو مشاكل تخصه هو ذاته ولا يعرف مداها سواه هو فقط، إنها كلمة تثير الكثير وتحتوي بين طياتها معان عديدة.

٧ـ عينة الموظفات:

"التفكير فيما سأفعله في الغد" موضوع واحد تشابهت فيه عينتا الطالبات والموظفات فقط من جميع عينات الدراستين والرأي لدى الباحث أنْ هذا قد يكون راجع إلى طبيعة العينتين، فحال المسنة ومريضة الكلى لا يهمها ماذا ستفعل في الغد؟ فالأمور تستوي بين اليوم والأمس والغد لديهما، أما الطالبة المراهقة، والموظفة العاملة فلديهما ما يهتما به في الغد، فهذه ذاهبة للكلية، وهذه للعمل وكلاهما لهما برتوكولات يقوما بها استعداداً لهذا الذهاب من قبل أن يقوما به، هذه ماذا ستفعل عند لقاء زميلاتها وزملائها من الطلبة والطالبات؟ والأخرى مع زملاء العمل والرؤساء. أمور كثيرة يتطلبها الغد عند الموظفة والطالبة.

إن الغد بالنسبة للموظفة جاء في الرتبة الثانية بنسبة ٨٣%، أما الطالبات فقد جاء لديهن في الرتبة السادسة وبنسبة ٦٤,٢٩% أنه يمثل أهمية أعلى لدى الموظفة المتزوجة صاحبة الأسرة. نأتي بعد ذلك إلى موضوع الشعور بالراحة والرغبة في شكر الله، والذي لم يمثل شيئاً بالنسبة للطالبات، ربما بسبب صغر سنهن وعدم التزامهن بشيء في الحياة، هذا الموضوع جاء كما ذكر من قبل على رأس الموضوعات الأعلى تكراراً وبنسبة ٩٣%، تلاه محاسبة النفس على سيئات الماضي (الرتبة الثالثة بنسبة ٨٣%)، ثم يوم الحساب (الرتبة الرابعة بنسبة ٨٢%) وأخيراً الموت (الرتبة الثامنة وبنسبة ٧٨%).

وفي السؤال المفتوح جاء التفكير في الجنة والنار رابعاً بنسبة ٨٣% تلاه الاستغفار بنسبة ٨٣% أيضاً.

وما سبق قد يشير إلى أن الموظفات أكثر تديناً، لكننا لسنا بصدد بحث هذا الآن. والموظفات مثلهن مثل الرجال الموقف الاقتصادي وإصلاحه يشغلهن، فلهن أيضاً أسر، يساعدن أزواجهن وأولادهن مادياً، وكما يفكر الرجل في الترقي تفكير الأنثى، بل هي يهمها أن تفكر في تحقيق طموحاتها وهذا ما أسفرت عنه نتائج السؤال المفتوح.

والمشكلات الأسرية إن كان لها نصيب في تفكير الرجل فلها نصيب في تفكير الأنثى وإن جاءت نسبتها ورتبتها متأخرة عما هي لدى الرجل الموظف، لكن هذا لا ينفى عنهن أن أسرهن يشغلن تفكيرهن، فهن يفكرون كما تقول استجابات السؤال المفتوح في "إسعاد كل فرد في الأسرة"، وفي تعليم الأبناء ورعايتهم رعاية جيدة وتحقيق مطالبهم قدر الإمكان. والكلام عن التفكير في المشكلات الشخصية قد لا يختلف في تفسيره عما ذكر من قبل عند الحديث عن الموظفين.

نأتي أخيراً إلى ثلاثة موضوعات يهم الباحث تناولها الأولى: "التفكير في مشكلات العالم" وهو يقع ضمن البنود العشرة الأعلى ترتيباً تنازلياً، وهو يحتل المركز التاسع وبنسبة ٧٦% وذكر هذا الموضوع إنما يعني أنهن لا يهتممن فقط بأسرهن، ولا بأحوالهن الشخصية، بل إن مشكلات العالم تأسر أيضاً اهتمامهن، والسبب في هذا كما يرى الباحث هو مجال العمل، فالعمل يفتح مجالات النقاش والتحاور في العديد من الموضوعات، ولعل أبرزها المستجدات التي تحدث يومياً على الساحة العالمية.

وهن كعاملات متعلمات غير بعيدات عن كل هذا ولعل اهتمام الرجال بأحوال المسلمين على مستوى العالم يؤكد هذا، وليست مشكلات المسلمين

ببعيدة عن مشكلات العالم ولا تفكير الموظفات العاملات والثانية: أنه بمتابعة بنود موضوعات السؤال المفتوح كان هناك الاهتمام بمشاكل الجيران وبنسبة مرتفعة هي ٧٢% وذلك لدى عينة الموظفات فهل الجيران لهم أهمية موضوعات تفكير الموظفات العاملات؟ وهل الحكاوي والأحاديث الجانبية اليومية في العمل والمنزل والتي قد تتطرق إلى الحديث عن الجيران ومشاكلهم، هل هذا يجعلهن يفكرن فيهم قبل نومهم؟ إنها المشاكل المتعلقة بالآخرين فهل التفكير فيها خالصاً من أجل الجار أم من أجل أمور أخرى لا تعرفها سوى الموظفة نفسها؟ والثالثة: نقطة هامة برزت من خلال استجابات الموظفات على السؤال المفتوح، وهي المتعلقة بموضوعات التفكير في الأم، فالأم احتلت موقعين متميزين في تفكير بناتها الموظفات، الموقع الأول: تمثل في "كسب عطف الأم بنسبة ٧٨%"، والثاني: "رضا الأم عنهن" بنسبة ٧٥%.

إن الأنثى بصفة عامة تحتاج إلى أمها، وهي وإن كانت لا تمثل نفس الأهمية لدى الطالبات، فهي لدى الموظفة على وجه الخصوص لها أهمية عظمى، إنها تساعدها على رعاية أولادها أثناء العمل، فمن يرعى أولاد الموظفة سوى الأم؟ عند من يقيمون سواها؟ من يتولى الإشراف عليهم سواها؟ إنها على وجه الخصوص تمثل طوق نجاة، يساعد الموظفة على الحفاظ على عملها والاطمئنان على أولادها، أضف إلى ذلك مشاعر البنوة والأمومة بين البنت وأمها.

لكن يثير الباحث سؤالاً: هل عندما تكبر الأم ولا تقوى على الرعاية وتكون ضمن فئات المسنات، ويصبح الحال كما هو حال المسنات وتصبح الموظفة في غير حاجة لأمها، هل ستكون الأم ضمن موضوعات تفكيرها قبل

النوم؟، هل ستسعى لكسب رضائها وعطفها؟ أم أنها الحاجة التي تضطرهن لذلك؟ أم أن هناك أسباباً أخرى غير ذلك؟

تعقيب عام على النتائج:

أولاً: في ختام البحث يهمنا أن نشير إلى أنه بملاحظة البنود العشرة الأعلى ترتيباً لدى ذكور مرض الكلى وإناثه، والمسنين والمسنات، والموظفين والموظفات لوحظ ما يلي:

١ـ عينة مرض الكلى:

لوحظ أن هناك أربعة بنود من البنود العشرة ذات التكرار الأعلى (أي ٤٠ %) مشتركة بين الذكور والإناث بصرف النظر عن الرتبة التي اتخذها كل بند منها، هذه البنود هي:

أ- التفكير في الأهل والأقارب.

ب- التفكير في ذكريات الماضي.

جـ- التفكير في الأحداث الحاضرة.

د- التفكير في الشعور بتعب أو ألم جسمي.

٢ـ عينة كبار السن:

لوحظ أيضاً أن هناك خمسة بنود من البنود العشرة ذات التكرار الأعلى (أي ٥٠ %)، مشتركة بين الجنسين، هذه البنود هي:

أ- التفكير في يوم الحساب.

ب- الشعور بالراحة والرغبة في شكر الله.

جـ- التفكير في الموت.

د- محاسبة النفس.

هـ- التفكير في السعادة.

٣ـ **عينة الموظفين:**

لوحظ هنا أن هناك سبعة بنود من البنود العشرة الأعلى تكراراً (أي ٧٠ % منها) مشتركة بين الجنسين، هذه البنود هي:

١ ـ الشعور بالراحة والرغبة في شكر الله.

٢ ـ المشكلات الأسرية.

٣ـ الموقف الاقتصادي ومحاولة إصلاحه.

٤ ـ التفكير في السعادة.

٥ ـ محاسبة النفس على سيئات الماضي.

٦ـ التفكير في الموت.

٧ـ التفكير في بعض المشاكل الخاصة.

وما سبق يعني أن موضوعات التفكير قبل النوم قدراً مشتركاً لا بأس بين الجنسين.

ثانياً: استقى الباحث من القائمة الكويتية لموضوعات التفكير قبل النوم بندين من البنود المتعلقة بالمجال المتصل بالوطن والغزو.

ولما كان البندان يتعلقان بالكويت والغزو العراقي الغادر عليها، فقد قام الباحث بتعديلهما ثم أضافهما لبنود قائمة موضوعات التفكير المشتقة من الطلاب المصريين وهذا البندان هما:

١ ـ أفكر في أمن مصر.

٢ ـ أفكر في مستقبل مصر.

وبتحليل الاستجابات وجد الباحث أن جميع أفراد العينات الثمانية ذكوراً وإناثاً وعددهم (٥٦٠). جميعهم أجابوا بالإيجاب على هذين البندين بلا

استثناء، مما يعني أن النسبة المئوية لتكرارات هذين البندين كانت تمثل ١٠٠ % لدى جميع الأفراد مما يعني معه ارتفاع الحس الوطني لدى المصريين وإحساسهم بحال مصر، وأن أمنها مهدد دوماً بحكم موقعها وبحكم ظروفها، وبحكم مكانتها الرائدة، كل هذا جعلها لا تبعد عن تفكير كل أفراد العينة برغم ظروفهم وأحوالهم وكل معاناتهم فمصر الوجدان عندهم وأمنها يهمهم.

المراجع

أولاً- المراجع العربية:

١- أبـي الفداء إسماعيل بن كثير (١٩٨٨). تفسير القرآن العظيم ج (٤)، القاهرة: دار الريان للتراث.

٢- أبـي عبد اللـه محمد بن أحمد (١٩٨٧). الجامع لأحكام القرآن الكريم، ج (١٣)، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٣- أحمد عكاشة (١٩٨٠). علم النفس الفسيولوجي، ط (٥)، القاهرة: دار المعارف.

٤- أحمد محمد عبد الخالق وآخرون (١٩٩٣). محتوى التفكير قبل النوم: دراسة مسحية ارتباطية، القاهرة: المجلة المصرية للدراسات النفسية، ع (٤)، ص ٩ - ٢٧.

٥- أحمد محمد عبد الخالق وعويد المشعان وعدنان الشطي (١٩.٩٥). موضوعات التفكير قبل النوم لدى عينة من طلاب جامعة الكويت، الكويت: مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد (٢٣)، ع (٢)، ص ٦٣ - ١١١.

٦- القرآن الكريم.

٧- الكسندر بوربلي (١٩٩٢). أسرار النوم، ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة، الكويت: عالم المعرفة، العدد (١٦٣).

٨- جون ج. تايلور (١٩٨٥). عقول المستقبل، ترجمة: لطفي فهيم، الكويت: عالم المعرفة، ع (٩٢).

٩- روبرت ولكنسون (١٩٧٢). النوم والأحلام، في: ب.م. فوس وآخرين: آفاق جديدة في علم النفس، ترجمة: فؤاد أبو حطب، القاهرة: عالم الكتب، ص ٢٩١ - ٣١٠.

١٠- سيجموند فرويد (١٩٨١). تفسير الأحلام، ترجمة: مصطفى صفوان، القاهرة: دار المعارف.

١١- كمال دسوقي (١٩٨٨). ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول، القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.

١٢- مجمع اللغة العربية (١٩٨٠). المعجم الوجيز، القاهرة: دار التحرير للطبع والنشر.

١٣- يحيى الرخاوي (١٩٧٩). دراسة في علم السيكوباثولوجي: شرح سر اللعبة، القاهرة: دار المقطم للصحة النفسية.

ثانياً : المراجع الأجنبية:

14- Abraham Sperling (1967). Psychology: Made Simple, London: W.H.Allen and Company.

15- Anthony, J.Trevor and Walter L. way, (1984). Drugs Used for Anxiety States and Sleep Problems, In: Howard, H.Goldman (editor): Review of General Psychiatry, California: Lange Medical Publications, P 610 - 620.

16- Arnold, M. Ludwig, (1986). Principles of Clinical Psychiatry, 2 (ed.), London: Collier Macmillan Publishers.

17- Arthur P. Noyes and Lawrence C.Kolb, (1966). Modern Clinical Psychiatry, 6(ed.), London: W.B. Saunders Company.

18- Charles, B.Nemeroff, (1985). Biclogical Psychiatry, In: John I. Walker (editor): Essentials of Clinical Psychiatry, London: J.B.Lippincontt Company, P13 - 31.

19- David V.Sheehan, (1983). The Anxiety Disease, New York: Charles Scribner's Sons.

20- Denis Leigh, C.M.B Pare and John Marks, (1982). A Concise Encyclopedia of Psychiatry, Lancaster: MTP Press Ltd.

21- Engle,T.L. and Louis Snellgrove, (1974). Psychology: Its Principles and Applications, 6(ed.), New York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

22- Ivor, R.C.Batchelor, (1969). Textbook of Psychiatry, 10 (ed.), London: Oxford University Press.

23- James, C.Coleman, (1964). Abnormal Psychology and Modern Life, 3 (ed.), U.S.A: Scott, Foresman and Company.

24- Johan Moller and Howard, L.Fields, (1984). Brain and Behavior, In: Howard, H.Goldman, (editor), Review of General Psychiatry: California: Lange Medical Publications, P93 - 124.

25- Lindsay, S.J.E and Jahanshahi, (1987). Disorders of Sleep: Investigation, 2 (ed.), In: Lindsay, S.J.E. and Powel, G.E. (editor): The Handbook of Clinical Adult Psychology, London: Gower Publishing Company Limited, P590 - 600.

26- Lindsay, S.J.E. (1987). Disorders of Sleep: Treatment, 2 (ed.), In: Lindsay, S. J.E and Powel, G.E. (editor): The Handbook of Clinical Adult Psychology, London: Gower Publishing Company Limited, P601 - 611.

27- Luban, B.Plozza and W.Poldinger, (1985). Psychosomatic Disorders in General Practice: Theory and Experience, Second English edition, Translated by: George Blythe, Switzerland: F.Hoffmann- La Roche and Co., Limited Company.

28- Maya Pines, (1975). The Brain Changers: Scientists and the New Mind Control, U.S.A: The New American Library, Inc.

29- Montague Ullman, (1993). Dreams, the Dreamer, and Society, In:Gayle Delaney, (editor), New Directions in Dream Interpretation, U.S.A: State University of New York Press, P11 - 40.

30- Mowbray, R.M. and T.Ferguson Rodger, (1969). Psychology0 in Relation to Medicine, 2 (ed.), Great Britian: E.&S. Livingstone LTD.

31- Richard, D. Marcinak, (1985). Other Psychiatric Disorders, In: John, I. Walker (editor): Essentials of Clinical Psychiatry, London: J.B. Lippincott company, P355 - 367.

32- Robert, S.Woodworth and Donald, G. Marquis, (1949). Psychology, 20 (ed.), London: Methuen and Co., LTD.

33- Soozi Holbeche, (1991). The Power of your Dreams, Great Britian: Judy Piatkus.

الفصل الثاني

تأثير وفاة الأب على بعض المتغيرات الوجدانية والشخصية والقيم لدى عينة من المراهقات

أولاً: مقدمة:

إن طفلاً بلا أب، كمنزل بلا سقف(*)، جملة قيلت قديماً قديماً لكنها تبرز أهمية الأب في حياة كل طفل، إنه بمثابة سقف يحمي الطفل من كل ما يسوؤه، يحجب عنه كل المآسي والمحن، ييسر له كل ما من شأنه أن يعلو ويسمو به أعإلى الآفاق، إنه حين يكون سقفاً آمناً، تراه يسهم بشكل فعال ومؤثر في تكوين الطفل الجسدي والعقلي والانفعالي والاجتماعي ...الخ، يسكب في عقله القيم والمثل والمبادئ والتقاليد التي تتفق والمجتمع الذي يعيش فيه، يكون لديه الاتجاهات السوية ويحفزه نحو الإنجاز والتحصيل في شتي ميادين الحياة، يشرب صفاته السكينة والهدوء، ينحيه القلق، يجنبه الاكتئاب، يكسبه الثقة في النفس، ويزرع فيه بهجة الحياة وروعتها، يؤمنه على غده، يرعاه في مستقبله. إنه مصدر الأمن الأول والقوة والطمأنينة، مشبع للعديد من الحاجات الأساسية للطفل خصوصاً في سنوات عمره الأولي.

وإذا كان شوقي أمير الشعراء قد نعت الأم بأنها مدرسة إذا أعددتها أعددت شعباً طيب الأعراق، فإن الأب هو قائد هذه المدرسة وربان سفينتها، ووجوده إلى جوار الأم في الإعداد والتأهيل السليمين يعني شعباً من أنقي الأعراق وأصفاها، شعباً ذا سمات وخصائص نفسية أقل ما توصف به أنها سمات نفسية سوية خالصة من الشوائب والعوالق التي تؤدي إلى اعتلال النفس وذبولها وانهيارها في النهاية.

إنه مانح الدفء والحنان، ومنحه هذا يجعله نموذجاً مستدخلاً ينظم داخلياً تقدير الذات للأبناء حيث يستدخل الفرد كل ما هو خلقي وكل ما هو جدير بالاحترام، كما أن إدراكه من قبل الطفل بأنه مانح الدفء والقبول يكون

(*) كما جاء في البوذية القديمة.

لـه أثره الواضح على تقييم الذات للأبناء من الذكور والإناث، كما يكون عاملاً حاسماً في تقدير الأطفال لذواتهم تقديراً إيجابياً (محمد أبو الخير، ١٩٩٨). والحب والدفء من قبل الأب يبدأ من اللحظات الأولى من عمر الطفل حيث يكون هناك تفاعلُ مبكرُ بينهما يسهم بشكل فعال في إعداد الطفل للغد وفي كفاءته وعلاقاته بالكبار والرفاق فيما بعد، واستمرارية هذا التفاعل تجعل الطفل لاحقاً أكثر قدرة على مواجهة التوتر في المواقف الجديدة وأقل خوفاً وتوتراً خصوصاً عند التعامل مع الغرباء (روس بارك، ١٩٨٧). ولا يتوقف دور الأب عند هذا، إنه حين يتقبل طفله بكل كماله ونقائصه، فإن ذلك يقلل من مشكلات الطفل ويسهم في تدعيم توافقه الشخصي والاجتماعي (ممدوح الكناني وحسن الموسوي، ١٩٩٦: ٩٣).

وإذا كان وجود الأب في حياة كل طفل هو مصدر سعادته ونموه النمو النفسي والصحي السليمين، فإن غيابه بالطلاق أو الهجر بصفة عامة وبالموت بصفة خاصة، يزلزل أركان المنزل كله، وتتبدل أشياء كثيرة كانت بعيدة كل البعد عن خاطر الطفل وأسرته، فالأم ستتحمل أعباء زائدة ومهام عديدة، فالدخل سينخفض، وقد تلجأ للعمل مما يؤثر بشكل مباشر في الرعاية الدائمة التي قد يحتاجها الطفل باستمرار، وأيضاً سوف تعاني الأم من العزل الاجتماعي، ونقص في الدعم الانفعالي والاجتماعي، وسوف تعاني أيضاً من مشاكل عديدة في تنشئة أطفالها بمفردها، وسوف يصبح الأطفال أكثر عرضة لمخاطر اعتلال الصحة النفسية والجسدية (Hetherington and Ross, 1993: 448 – 449) كما سوف يترتب على غياب الأب أو فقدانه آثار خطيرة وعنيفة خصوصاً على الخصائص الشخصية والسمات النفسية للطفل مما قد يؤثر سلباً على حياته المستقبلية.

إن غيابه يعني فقدان أحد ركني الحب والأمن الحقيقيين اللذين مصدرهما الأب والأم، سيفقد الطفل الرباط الذي وقف خلفه بالمرصاد دافعاً

إياه نحو الإنجاز العلمي والتحصيل الجيد، وهذا ما أكدته إحدى الدراسات التي أشارت إلى أن فقدان الأب يضعف الأداء الأكاديمي لدى كل من الذكور والإناث، وخصوصاً الإناث (Frank, 1994).

إن غياب الأب وما يرتبط به من نتائج سيئة وأحزان على جميع المحيطين بالطفل، سوف يؤثر على شخصية الطفل وعلى تكيفه بل وعلى نوعه، فالإناث مثلاً تتبدل القيم والمعايير الأنثوية لديهن، فهن يعانين من انحرافات في الدور الجنسي الخاص بهن (Hetherington, 1973) بل قد يؤدي إلى زواجهن المبكر جداً كما هو الحال في المجتمع الأمريكي على وجه الخصوص، مما يؤدي إلى ارتفاع نسب طلاقهن، أو ازدياد احتمالات إنجابهن لأطفال غير شرعيين (McLanahan and Bumpass, 1988)، أما الذكور فإنهم يفقدون الدور الجنسي الذكري، وتنخفض درجة تفاعلهم مع الآخرين (السيد فرحات، ١٩٩٧، Lee, 1995).

إن الآثار الناجمة عن فقدان الأب عديدة، خصوصاً عندما يفقد في مرحلة مبكرة من العمر، كمرحلة الطفولة المبكرة التي يحتاج فيها الطفل إلى من يأخذ بيده نحو إعداده على نحو سوي مروراً بالمراهقة التي يحتاج فيها الطفل إلى من يفهمه ويرشده، ويوجهه ويعدل سلوكه دوماً نحو الصواب، فتلك المرحلة - مرحلة المراهقة - كلها تقلبات انفعالية ووجدانية تحتاج إلى من يستقبلها ويفرغها، ومن غير الأب يفعل ذلك؟!

ثانياً: مشكلة الدراسة:

أكد علماء النفس على أن شخصية الفرد تتكون في الخمس سنوات الأولى من حياته، أما المراحل التالية ما هي إلا عملية تطور ونمو لكل منها خصائصها الخاصة، إلا أن السمات الأساسية للشخصية إذا تكونت ومرت

بطريقة سليمة تجعلنا نضمن الشخصية على مدى الحياة، وأن أي خلل في هذه المرحلة، وأي اضطراب وتشويش تكون له بصماته على شخصية الطفل في مرحلة جد مهمة وهي مرحلة عتبة الرشد، ألا وهي مرحلة المراهقة التي تعتبر مرحلة نمو انفعالي واجتماعي وعقلي تتحدد على أثره نوعية شخصية الفرد التي تتكون بالدرجة الأولى من السمات الوراثية والمكتسبة من الوالدين، والفرص المنزلية المتاحة لتكوين أسس شخصية من تقمص، وإشباع حاجات نفسية (الحب، الحنان، الرعاية، التوجيه، التعليم، ... الخ) والتي هي من واجب الوالدين (رشدي عبده، ١٩٨٧) فإذا توفي أحد الوالدين كالأم مثلاً، فإن هذا يكون له أثر عميقُ على شخصية الطفل، فنراه يبدي سلوكاً يشير إلى المعاناة وشدة المحنة والشعور الغامر بالرغبة في الانتقام، وعن الأخيرين ينتج الشعور بالذنب والاكتئاب مما يكون له آثار خطيرة على النمو الخلقي للطفل (جون بولبي، ١٩٨٠: ١٠)، وهذه الآثار الخطيرة تمتد إلى الطفل أيضاً عند غياب الأب، فهي تؤثر على توافق الأبناء سواء مع أنفسهم أم مع أقرانهم، أو على مصدر الضبط الخارجي لديهم وعلى درجة الاكتئاب وكذلك مفهوم الذات (Partridge and Kotler, 1987؛ سهير كامل، ١٩٩٢؛ Lee, 1995).

ولا يقف تأثير غياب الأب عند هذا الحد بل إنه يمتد إلى أن الأبناء غائبي الأب يسلكون سلوكاً غير مرغوب فيه، فقد تبين أن ٧٥% من مجموع من أقدموا على الانتحار من المراهقين والمراهقات كانوا ينحدرون من أسر يغيب فيها الأب، وأن ١٨% من مجموع المراهقين والمراهقات الذين يطلبون الرعاية السيكياترية كانوا ينحدرون أيضاً من أسر محطمة (Jean Bethke, 1993).

لقد أكدت الدراسات التي أجريت على وجه الخصوص في العقدين الأخيرين على أن وجود الأب يسهم بدور فعال ومهم بالنسبة للأبناء، وأن دوره لا يقل عن دور الأم، فوجوده ضروري لأنه يلعب دوراً مهماً في الحياة النفسية للطفل (Louise and Carl, 1999) كما أن وجوده يحجب الكثير من المشاكل التي قد يتعرض لها الطفل، فقد أكدت الدراسات على أن العلاقة الإيجابية بين الأب وأطفاله، مع استمرارية الحب بين الأب وكل من الأم والأبناء معاً، كل هذا يسهم في توفير الجو المناسب للطفل (Belsky, et.al, 1991) كي يشبع حاجاته النفسية والاجتماعية والتي لها دورها الحيوي في اكتمال نموه النفسي على وجه الخصوص.

إن وجوده سوف يحمي أيضاً من انحرافات سلوكية، لعل أهمها يتمثل في أن غيابه يعني غياب الرقابة، مما قد يجعل الأبناء يتعاطون المخدرات والماريجوانا (Rhonda and Charlene, 1994; John Hoffman, 1994) وأيضاً تناول المشروبات الكحولية (Deane Scott, 1995; Terry, Susan and Hyman, 1994) وكذلك تدخين السجائر (Francisco, et.al., 1994; Gilbert, et.al, 1994; Warren, Tian and Phill, 1994).

مما سبق تكمن مشكلة البحث في تناول تأثير الحرمان الكلي من الأب (أي بالوفاة) في فترة الطفولة المتأخرة (الثلاث سنوات الأخيرة على الأقل من مرحلة التعليم الأساسي) على بعض الاتجاهات والقيم والسمات النفسية لدى عينة من المراهقات بمرحلة التعليم الثانوي.

إنها أي مشكلة البحث تتحدد في معرفة إلى أي مدى يمتد تأثير فقدان الوالد على المراهقات اللاتي فقدن والدهن قبل ٣ سنوات (وقت إجراء الدراسة) على قيمهن وعلى سماتهن النفسية والعصابية وعلى إحساسهن بالوحدة النفسية.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

يمكن أن نجمل أهداف الدراسة في النقاط التالية:

١- معرفة تأثير وفاة الأب على بعض السمات الوجدانية لدى عينة من المراهقات اللائي فقدان والدهن في مرحلة الطفولة المتأخرة مقارنة بمن يعشن مع الأبوين.

٢- معرفة تأثير وفاة الأب على بعض السمات الشخصية لدى بناته اللائي فقدن والدهن قبل ٣ سنوات على الأقل وصولاً إلى مرحلة المراهقة.

٣- معرفة تأثير فقدان الوالد بالوفاة على بعض القيم لدى عينة من المراهقات اللائي فقدن والدهن في مرحلة الطفولة المتأخرة وحتي بداية مرحلة المراهقة.

رابعاً: أهمية الدراسة:

من المعروف أن للأطفال في كل مرحلة من مراحل حياتهم، خصوصاً في مرحلة الطفولة المتأخرة حاجات وجدانية، واجتماعية عديدة، منها الحاجة إلى الأمن والحب والحنان والتقبل والانتماء والتقدير الاجتماعي وتأكيد الذات والاستقلال والحرية وسلطة ضابطة مرشدة (ممدوح الكناني وحسن الموسوي، ١٩٩٦: ٢٥٢). هذه الحاجات لا يمكن للطفل إدراكها أو تحقيقها أو تحقيق قدر منها ما لم تكن هناك أسرة تعده للمجتمع الذي يعيش فيه، وهي التي تعتبر صورة مصغرة للمجتمع الأكبر، والطفل البشري بالذات يموت لساعته إذا لم تتلقفه الأيدي، (سعد جلال، ١٩٨٤: ١٥٨)، لذا فمن أهم وظائف الأسرة عملية التنشئة الاجتماعية، إذ لا يكفي أن ننجب أطفالاً، بل

علـى الأسـرة أن تـتحمل أساسـاً مسـئولية تعليم الأطفـال اللغـة والقيم والعـادات والمعايير والمعتقدات والمهارات (Michael, 1991:361).

وكـل مـا يـتعلمه الطفـل ويتمـثله، يـتم مـن خـلال الأسـرة الممـثلة فـي الوالدين، اللذين همـا أكبر وأول سند لعملية الاتصـال الاجتماعي للطفل، ففي سنواته الأولـى تنحصر كل اتصـالاته أو علاقاتـه المتاحة عن طريق الوالدين فقـط، والمعتقدات والقيم والاتجاهـات خاصـة الثقافية إنمـا يـتلقاها الطفـل مـن خـلال أبويـه. (Hetherington and Ross, 1993: 420)، وبالـتالى فـإن كـل اتجاهـات الأطفـال تتشكل غالبـاً فـي مرحلة الطفولـة ويكون التأثير فيها للأب أو للأم خصوصـاً المعتقدات الدينية والسياسية (Clifford and Richard, 1975: 384)، والقـيم الدينـية وتحمـل المسـئولية وضـبط الـذات وحسـن التصـرف والـتوافق المنزلـي والاجتماعي والصـحي والانفعالـي، وغير ذلك من السمات والخصـائص النفسـية والوجدانـية والعقلـية، إنمـا يكـون منـبعها الأسـرة، بمـا توفـره لأبـنـائها مـن رعايـة وعـناية، وبسـبب توجـه الوالديـن نحـو أبـنـائهم، خصوصـاً فـي مـرحلة المـراهقة (سعيدة أبو سوسو، ١٩٨٦؛ سميحة توفيق وعبد الرحمن سليمان، ١٩٩٧).

ممـا سبق تبرز أهمية الدراسـة، ومـا سبق عرضـه يؤكد أيضـاً علـى أهمية دور الوالدين فـي اكتسـاب الأطفال للقيم بكافة صـورها، كما تبرز أهمية دورهمـا فـي تشكيل اتجاهات الأطفال منذ نعومة أظافرهم، وأنـهما مصدر الحب والحنان والاستقلال وتحمل المسئولية والتوافق بكافـة صـوره وأشكاله، كما أنـهما منبع السمات والخصائص النفسية والوجدانية وغير ذلك كثير.

غـير أن فقـدان أحدهمـا (وهـو الأب) خصوصـاً فـي مـرحلة الطفولـة المتأخرة سوف تنعكس آثاره السلبية على المراهقات موضوع الدراسة، لكنه في الوقت ذاته قد يكون دافعاً لهن بما قد يتوافر لديهن من مناخ أسري حرص

على استمرارية أداء دور الأب الغائب، هذا الدور ممثل في الأم التي رفضت الزواج بعد وفاة الأب، والتي أبت إلا أن تتحمل مسئوليات الأب، إضافة إلى مسئولياتها وأعبائها وما أكثرها!

وفي النهاية يمكن إجمال أهمية البحث في النقاط الآتية:-

أ- باستعراض التراث السيكولوجي النظري والتجريبي، لم يجد الباحث حسب حدود علمه دراسة واحدة تناولت المتغيرات المستخدمة في هذه الدراسة وهي القيم (أخلاقيات النجاح في العمل، الاهتمام بالمستقبل، استقلال الذات، التشدد في الخلق والدين) والقلق كحالة وكسمة، والتقدير الذاتي للاكتئاب، والوحدة النفسية وأخيراً التعرف إلى بعض الخصائص الشخصية ومدى تأثير وفاة الأب عليها وهي السيطرة، والمسئولية، والاجتماعية، والثبات الانفعالي، ومن ثم فإن هذه الدراسة يأمل الباحث منها أن تكون إضافة سيكولوجية لهذا المجال.

ب- معرفة الدور الكامن للأم في مساعدة بناتها على نموهن النفسي وتكوين القيم لديهن.

ج- تناول تأثير وفاة الأب في مرحلة الطفولة المتأخرة على عينة من المراهقات اللائي توفي والدهن قبل ثلاث سنوات على الأقل.

د- تناول المتغيرات السيكولوجية الممثلة في دراسة بعض القيم والسمات النفسية والعصابية، إضافة للوحدة النفسية.

خامساً: المفاهيم الأساسية للدراسة:

تقتصر التعريفات التي سوف تلتزم بها الدراسة الحالية على ما يلي:

أ- الوحدة النفسية: يقصد بها إحساس الفرد بوجود فجوة نفسية Psychological gap تباعد بينه وبين أشخاص وموضوعات مجاله

النفسي إلى درجة يشعر معها الفرد بافتقاد التقبل والحب والتواد من جانب الآخرين، بحيث يترتب على ذلك حرمان الفرد من أهلية الانخراط في علاقات مثمرة مع أي أشخاص وموضوعات الوسط الذي يعيش فيه ويمارس دوره من خلاله (إبراهيم قشقوش، ١٩٨٨: ١٩).

ب- حالة القلق: حالة مؤقتة أو حالة الكائن الإنساني التي يتسم بها داخلياً، وذلك لمشاعر التوتر المدركة شعورياً والتي تزيد من نشاط الجهاز العصبي الذاتي، فتظهر علامات حالة القلق، وتختلف حالات القلق هذه في شدتها وتقلبها معظم الوقت.

ج- سمة القلق: يشير إلى الاختلافات الفردية (الثابتة نسبياً) في قابلية الإصابة بالقلق التي ترجع إلى الاختلافات الموجودة بين الأفراد في استعدادهم للاستجابة للمواقف المدركة باعتبارها مواقف تهديديه بارتفاع حالة القلق، إنها تعني النظرة إلى العالم الملئ بالعديد من المواقف المثيرة التي يشعر بها الفرد أنها شئ خطر أو مهدد للذات، كما أنها تعني الميل إلى الاستجابة لمثل هذه التهديدات بحالة من القلق. (عبد الرقيب البحيري، ١٩٨٤: ١٠ _ ١١).

د- السيطرة Ascendancy: تميز أولئك الأفراد الذين يتخذون دوراً نشطاً في الجماعة والواثقين من أنفسهم والجازمين المصرين في علاقاتهم بالآخرين، والذين يميلون إلى اتخاذ القرارات مستقلين عن غيرهم.

ه- المسئولية Responsibility: تميز الأفراد الذين يقدرون على الاستمرار في أي عمل يكلفون به، والمثابرين والمصممين، والذين يمكن الاعتماد عليهم.

و- الاتزان الانفعالى Emotional Stability: تميز الأفراد الذين يكونون عادة بمنأي عن القلق والتوتر العصبي والحساسية الزائدة والعصبية، والذين يمكنهم تحمل الإحباط.

ز- الاجتماعية: Sociability: تميز الأفراد الذين يحبون مخالطة الناس والعمل معهم ويرغبون في التجمعات، وفي مزيد من الاتصالات الاجتماعية. (جابر عبد الحميد وفؤاد أبو حطب).

ح- أخلاقيات النجاح في العمل: (قيمة تقليدية) ويقابلها الاستمتاع بالصحبة والأصدقاء (قيمة عصرية): وهي تميز الفرد الذي يعلي من قيم النجاح في العمل، والذي يري أن من واجبه أن يحرز مركزاً أعلى مما حققه والده، والذي ينظر إلى العمل نظرة ليست فيها تسلية، فهو دائماً يعمل باجتهاد على نحو أفضل من الآخرين، وحين يكلف بالعمل فإنه ينجزه كله، ودائماً يسعي للعمل الذي يجعله ناجحاً في الحياة، كما أنه يشعر بارتياح إن كان من أوائل الطلبة، كما أنه يتميز بالطموح.

ط- الاهتمام بالمستقبل: (قيمة تقليدية) مقابل الاستمتاع بالحاضر (قيمة عصرية): وهي تميز الفرد الذي تقل قيمة الحاضر عنده مقابل أو من أجل المستقبل، فهو ينكر إشباع الحاجات الحاضرة وإرضاءها لتحقيق إشباعات أعظم في المستقبل، فينبغي على الفرد الشعور بأن المستقبل مليء بالفرص له، وأن يدخر أكبر قدر من المال يستطيع اقتصاده، وأن ينفق مالاً أقل على ملابسه ليقتصد لحاجات المستقبل، وأن يعيش من أجل المستقبل.

ي- استقلال الذات: (قيمة تقليدية) مقابل مسايرة الآخرين (قيمة عصرية): وهي تميز الفرد الذي يعمل باجتهاد أكثر مقارنة بأنداده، والعمل الذي

يعملــه يكون خارجاً عن المألوف، وأن تكون لــه آراء سياسية ودينية، وهو يتميز أيضاً بأن ما يقوم به من أعمال يتسم بالفردية، وينفق أكبر قدر يستطيعه من الوقت فـي العمل وبحيث يكون مستقلاً عن الآخرين، لا يعبأ فـي عملــه بمـا يراه الآخـرون، يشـعر دومـاً أن مـن الصـواب أن يكون طموحاً جداً.

ك- التشـدد فـي الخلـق والديـن: (قـيمة تقلـيدية) مقـابل النسـبية والتسـاهل: وهـي تميز الفـرد الـذي يـري أن تحمـل الألـم والمقاسـاة أمر هام بالنسبة لــه بمضـي الزمـن، والـذي يـري أن مـن الواجـب أن تكـون لــه معتقدات قويـة عمـا هـو صـواب، ومـا هـو خطـأ، كذلك فهي تميز الفرد الذي يشعر بـأن أهـم شـيء فـي الحـياة هـو أن يكـافح مـن أجـل إرضـاء اللــه سبحانـه وتعالـي، وأن تكـون معـتقداته عـن الصـواب والخطـأ بالغـة الأهمـية، وأن يكـون قـادراً على حل المشكلات الصعبة وأن يشعر أن الاحترام أهم شئ فـي الحياة، إضافة إلى أنه يكون من النوع الذي يتقن العمل حتي ولو لم يكن خبيراً فيه (جابر عبد الحميد، ١٩٧٧).

ل- الـتقدير الذاتـي للاكتـئـاب: يقصـد بــه تمـيز الأفـراد الذيـن يعـانون مـن الخصـائص الاكتـئابية، وهـذه الخصـائص هـي:

أ- أثـر الانتشـار أو التعمـيم: Pervasive affect والتـي يكـون فـيها الفرد مكتئباً حزيناً يائساً، يشعر أو تنتابه نوبات بكاء.

ب- الحالات الفسيولوجية المصاحبة والتي تتمثل في:

١- الاضطرابات المتكررة مثل:

أ- التقلـب اليومـي (زيـادة الأعـراض فـي اللـيل والشـعور بـبعض الراحة عندما يأتي الصباح).

ب- النوم (الاستيقاظ المتكرر أو المبكر).

ج- الشهية (نقصان مقدار الطعام).

د- فقدان الوزن (مرتبطة بنقصان مقدار الطعام أو زيادة التمثيل الغذائي).

ه- الجنس (نقصان الشهوة الجنسية).

٢- اضطرابات أخري مثل الإمساك وخفقان القلب والاضطراب العضليهيكلي.

ج- الحالات المصاحبة النفسية وتشمل:

١- النشاطات النفسحركية وهي تتضمن: الاهتياج أو الإثارة والشعور بالإعاقة.

٢- التخيلات Ideational: وتتضمن: الارتباك والشعور بالفراغ والإحساس باليأس والتردد وحدة الطبع وعدم الإحساس بالرضا والحط من التقييم الشخصي والتفكير المستمر في الانتحار (رشاد علي، ١٩٨٨: ٢؛ رشاد علي، ١٩٩٣: ٥٣ _ ٥٥).

سادساً: الدراسات السابقة:

تنوعت الدراسات والأبحاث التي تناولت تأثير الحرمان من الأب بسبب الوفاة أو الطلاق أو هجر الأب للمنزل، وهناك من الدراسات ما تناول تأثير غياب الأبوين، وكل هذه الدراسات أكدت على أن للحرمان الأبوي آثاراً متعددة على السمات النفسية للأبناء. لذا رأي الباحث تقسيم الدراسات السابقة على النحو التالي:

أولاً: دراسات تناولت تأثير الحرمان الأبوي في حالات الوفاة.

ثانياً: دراسات تناولت تأثير الحرمان الأبوي في حالات الطلاق أو الهجر والغياب.

ثالثاً: دراسات أجريت على المحرومين من الأبوين والمقيمين بدور الإيواء.

وفيما يلي عرض لهذه الدراسات:

أولاً: الدراسات التي تناولت تأثير الحرمان الأبوي في حالات الوفاة:

أوضحت دراسة بارنس وبروسون (Barnes and Proson, 1985) التي أجريت على عينة قوامها ١٢٥٠ طفلاً وطفلة من الذين فقدوا إما الأب وإما الأم بالوفاة عندما كان عمرهم يتراوح بين ١٠: ١٥ سنة وتأثير ذلك على درجة الاكتئاب لديهم، باستخدام مقياس الاكتئاب الخاص بالمركز الأبيدمولوجي، أوضحت أن فاقدي الأب أكثر اكتئاباً مقارنة بمن فقدوا أمهاتهم بالوفاة. كما أكدت الدراسة على أن هناك ارتباطاً دالاً بين وفاة الأب والاكتئاب، بينما لم يكن هناك ارتباطاً دالاً بين فقدان الأم والاكتئاب، وفي دراسة بعنوان اليتيم وأثره على الحالة الوجدانية والصورة الوالدية لدى المراهق، قام (رشدي عبده، ١٩٨٧) بدراسة على عينة قوامها (٢٠) من المراهقين والمراهقات من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية الذين فقدوا أحد والديهم خلال مرحلة الطفولة المتأخرة (من سن ٦ – ١١ سنة)، وقد كانت العينة مقسمة على النحو التالي: ٥ مراهقات فاقدات الأم، ومثلهن فاقدات الأب، ٥ مراهقين فاقدين الأم، ومثلهم فاقدين الأب، وقد اختيرت العينة بحيث يكون الوالد الآخر قد تزوج بعد وفاة الطرف الثاني، وقد كانت أدوات الدراسة ممثلة في استمارة بيانات ومقابلة إكلينيكية واختبار الرورشاخ واختبار تفهم الموضوع. وقد كشفت النتائج بالنسبة للمراهقات فاقدات الأب فيما يتعلق

بالحالة الوجدانية عن ميلهن إلى الاكتئاب وسرعة الانفعال وتقلب المزاج أما الصورة الوالدية فتمثل في:

١- صورة أبوية جيدة تزول بوجودها المشاكل.

٢- الحاجة للأبوين.

٣- صورة والدية عادية، ورفض للسيطرة الوالدية (الأبوية).

٤- التعلق الشديد بالأم والاعتماد عليها.

أما عن أهم سمات الحالة الوجدانية لدى جميع أفراد العينة الأيتام فتتمثل فيما يلي: مظاهر يأس وكآبة، وكثرة أحلام اليقظة، وعدم القدرة على الاستقلال، والخضوع والطاعة للوالد الباقي، والحساسية الشديدة، وقلق وتشاؤم، وطموح للمستقبل، ومظاهر تمرد وعصيان.

وفي دراسة كان قوامها (٦٣٢) ذكراً وأنثي، بالصفوف من الخامس إلى العاشر بولاية إيوا (٣٥٢ ذكراً، ٢٨٠ أنثي، منهم ٤٦ ينتمون إلى أسر يسودها الطلاق، ٤٢ ينتمون إلى أسرة توفي فيها الأب، والباقي ينتمون لأسر يسودها الثبات ووجود الأبوين)، طلب كل من نن وباريش (Nunn and Parish, 1987) من الطلاب والطالبات أن يصفوا أنفسهم، وأن يصفوا صورة الأب كما يرونها، وكان من أبرز النتائج أن الطلاب والطالبات فاقدي الأب بالطلاق يعانون من قصور في مفهوم ذواتهم، حيث تبدو صورة الذات غير واضحة بالنسبة لهم، كما أن اختيارهم لأفضل الصفات التي تعبر عن أنفسهم كان يشوبها النقص. أما فاقدوا الأب بالوفاة فقد كانت تعبيراتهم عن أنفسهم أكثر إيجابية من فاقدي الأب بالطلاق، كما أنهم كانوا مدركين لذواتهم بشكل أفضل. أما الطلاب الذين ينتمون لبيئات يسودها الثبات ووجود الأبوين فقد أعطوا أفضل وصف لأنفسهم، وكانوا أكثر إدراكاً لذواتهم. وفي دراسة مسحية

علـى الطـالبات المراهقات ممن فقدن الأب إما بالوفاة أو الطلاق أو الانفصال، أكد كل من هاريس وجولد وهندرسون، (Harris; Gold and Henderson, 1991) أن غياب الأب في كل الحالات لـه آثار متباينة على مفهوم الذات الاجتماعي، وأن هذا التأثير يتباين بسبب طول فترة غياب الأب، وأنه كلما طالت فترة الغياب فإن هذا يؤثر على مفهوم الذات الذكري Masculine self – concept لديهن، كما أنهن يملن في سلوكهن إلى السلوك الخنثوي androgyny. وفيما يتعلق بالكشف عن أثر موت الوالدين المبكر على الاكتئاب النفسي للأبناء وعلى عينة قوامها (٤٩) طالباً و(٤٧) طالبة ممن فقدوا الوالدين أو أحدهما، أوضحت دراسة (رشاد موسي، ١٩٩٣) أن فاقدي الوالدين أو أحدهما من أفراد العينة التجريبية يتسمون بالأعراض الاكتئابية الآتية: الرفض، الهروب، سرعة الاستثارة، سوء الصحة العامة، كراهية الذات، الأرق، اتهام الذات، الإعاقة في العمل، الإحساس بالفشل، وقد فسرت تلك العوامل أو المتغيرات بأنها تمثل صورة لسيكولوجية الأفراد الذين فقدوا الوالدين أو أحدهما.

وفي دراسة رونالد وجاكلين (Ronald and Jacqueline, 1996) على عينة قوامها ٦٢٨٧ طفلاً وطفلة ـ من كل الأعمار ـ يمثلون عينة قومية، أشارت النتائج إلى أن الأطفال بلا أب من كل الفئات خصوصاً المتوفي والدهم يبدون مشاكل انفعالية، وهم أكثر قلقاً واكتئاباً، كما تقدم لهم خدمات تتعلق بالصحة العقلية، وذلك مقارنة بمن يعيشون مع أبويهم. وفي دراسة (راوية محمود، ١٩٩٧) التي أجرتها على عينة قوامها ١٢٠ طالباً وطالبة (٣٠ بنتاً لأمهات مطلقات، ٣٠ بنتاً لأمهات محرومات من الأب بالوفاة، ونفس الحال بالنسبة للذكور) كان هدفها بحث العلاقة بين الحرمان الأبوي (بالوفاة أو الطلاق) وكل من التوافق النفسي ومفهوم الذات والاكتئاب، وقد كانت الأدوات

المستخدمة في الدراسة ممثلة في مقياس بل للتوافق ومقياس تنسي لمفهوم الذات ومقياس بك للاكتئاب، وقد أسفرت الدراسة عن وجود فروق دالة بين مجموعتي الدراسة من الجنسين في ابعاد التوافق النفسي (التوافق الصحي والاجتماعي والانفعالي) وكذلك التوافق الكلي لصالح مجموعتي الذكور والإناث أبناء المطلقات، أما التوافق الأسري فقد كانت دلالته لصالح الإناث والذكور المحرومين من الأب، وبالنسبة لمفهوم الذات فقد كانت دلالته أيضاً لصالح المحرومين من الأب (ذكوراً وإناثاً) من حيث مفهوم الذات الجسمية والاجتماعية والأخلاقية، أما مفهوم الذات العصابية فقد كانت دلالته لصالح مجموعتي أبناء المطلقات، وبالنسبة للاكتئاب فقد كانت دلالته لصالح مجموعتي أبناء المطلقات، أما في مجال المقارنة بين الإناث المحرومات من الأب بالوفاة والمطلقات أمهاتهن فقد تبين أن أبعاد التوافق الأسري والصحي والانفعالى والكلي كانت لصالح المطلقات أمهاتهن، وبالنسبة للتوافق الاجتماعي فلم تكن الفروق دالة بينهما. وبالنسبة لأبعاد الذات فقد تبين أن بُعدي الذات الجسمية والأخلاقية كانت دلالتهما لصالح المحرومات من الأب، أما بعد الذات العصابية فقد كانت دلالته لصالح المطلقات أمهاتهن، ولم تكن هناك دلالة في الفروق بين المحرومات من الأب والمطلقات أمهاتهن في بعد الذات الاجتماعية، أما بالنسبة لمتغير الاكتئاب فقد كانت دلالته لصالح بنات المطلقات.

ثانياً: دراسات تناولت تأثير الحرمان الأبوي(*) في حالات الطلاق أو الهجر والغياب:

في دراسة قام بها كل من هيثرنجتون ومارتن (Hetherington and Martin 1979) تبين أن غياب الأب والعيش مع الأم، يؤثر على الأطفال حيث

(*) يقصد بالحرمان الأبوي هنا أن الأب لا زال على قيد الحياة.

يظهرون قدراً أقل من حيث القدرة على الإشباع المرجأ، وكذلك يظهرون قدراً ضئيلاً من حيث التحكم في قوة الدفع، أي من حيث التحكم الزائد في الغضب، وكذلك الإشباع الجنسي، وكذلك يضعف لديهم الإحساس بالضمير، وأخيراً الإحساس بالصواب والخطأ. أما (عزة الألفي، ١٩٨٦)، ففي دراستها الإكلينيكية التي أجرتها على مجموعة من الأطفال قوامها (٤٠)، في مرحلة الطفولة المتأخرة، والمحرومين من الأم أو الأب أو الاثنين معاً أو المحرومين من إشباع حاجاتهم الأساسية، وباستخدام المقابلة الإكلينيكية واختباري تكملة الجمل وتفهم الموضوع، تبين لها أنهم يعانون من صراع نفسي وشعور بالتعاسة وفقدان السند الانفعالي، مع الشعور بالضياع والنبذ والميل إلى العدوان وذلك في مجال المقارنة بينهم وبين من يقيمون مع أسرهم.

وفي دراسة جاك بلوك وآخرين (Jack Block, et.al., 1988) على الأطفال الذين سمح لهم بدخول مستشفي "نيو أورليانز" بأمريكا بغرض تلقي العلاج السيكياتري، تبين لهم أن ٨٠% من مجموع أولئك الأطفال ينحدرون من أسر متصدعة تسودها حالات الطلاق. وفي دراسة لكل من بيرتي وديفيتوريو (Peretti and Divittorio, 1992) على ٦٦ طفلاً وطفلة، كان الغرض منها دراسة الآثار المترتبة على شخصية هؤلاء الأطفال بسبب طلاق الوالدين وغياب الأب عن الأسرة، كانت أبرز النتائج فقدان تقدير الذات، والإحساس بأنهم متخلي عنهم ومهجورون، كذلك سادت لديهم مشاعر الإنسلاخ أو العزلة أو الاغتراب. أما دراسة ميشيل وجون (Michael and John, 1992) فقد بينت أن طلاب وطالبات المدارس الثانوية الذين فقدوا آباءهم بالطلاق كانوا أكثر اكتئاباً وعدواناً، كما كانت لديهم تصورات أو تخيلات انتحارية وذلك مقارنة بمن يعيشون مع والديهم. وفي دراسة مقارنة بين الأفراد الذين يعيشون مع أبويهم والذين انفصل والداهم أو طلقا، أكدت

دراسة دينيس، وإميلي وكيفين (Denise, Emilly and Kevin, 1994) أن غياب الأب في الحالتين ينجم عنه مشاكل سلوكية، كما أظهرت الفتيات على الخصوص قدراً من القلق والاكتئاب الداخليين. وقد أكدت دراسة ديفيد وجون وميتشيل (David, John and Michael, 1994) على أن الانفصال الأبوي بالطلاق أو الهجر يؤدي إلى اضطرابات مزاجية ومشاكل سلوكية لدى المراهقين والمراهقات، وأن تلك الاضطرابات والمشاكل السلوكية تكون أكثر انتشاراً لدى الأطفال الذين انفصل والداهم وهم في عمر (٥) سنوات أو أكثر.

وقد أكدت أيضاً دراسة جريج وجيان وباميلا (Greg, Jeanne and Pamela, 1994) أن الأطفال الذين تربوا على الطلاق، ولم تتزوج أمهاتهم بعد الطلاق، هؤلاء يجعلهم الحرمان الأبوي أقل تعاوناً وأقل إيجابية مقارنة بمن يعيشون مع أبويهم الطبيعيين، كما أن الفتيات اللاتي شملتهن الدراسة قد أظهرن قدراً من المشاكل السلوكية تبدو في سلوكهن خصوصاً داخل المنزل حتي مع توفر نمط اقتصادي متوافق للمعيشة.

أما دراسة فادين كيرنان وآخرين (Vaden Kiernan, et.al., 1995) التي أجريت على عينة كبيرة قوامها (١١٩٧) طالباً وطالبة، فقد كشفت عن أن الانفصال الأبوي والعيش مع الأم يرفع من مستويات العدوان، وذلك مقارنة بمن يعيشون مع أبويهم. وفي دراسة ستيفاني وآخرين (Stephanie, et.al., 1996) على عينة قوامها (٦٤٨) طفلاً وطفلة، أشارت النتائج إلى أن الأطفال الذين يعيشون مع الأم فقط يعانون من اضطرابات القلق، والتمزق، مقارنة بمن يعيشون مع آبائهم. كما أن الذكور على وجه الخصوص يكونون أكثر اكتئاباً. أما دراسة دافيد وآلان (Davidand and Alan, 1996) فقد أكدت أن المراهقين المنحدرين من أسر تزوجت فيها الأم أو طلقت ولم تتزوج، ذوو مستوي أقل من حيث التفاعل كما أنهم أقل في كل مستويات الانفعال

الاجتماعي المتعلق بالمجتمع الذي يعيشون فيه، أي أنهم أقل تجاوباً انفعالياً مع المجتمع.

وأخيراً نأتي إلى دراسة فرانك ولوري واليزابيث (Frank, Lori and Elizabeth, 1997) التي كشفت عن أن الذكور والإناث الذين تركهم آباؤهم حديثاً يظهرون الكثير من المشاكل السلوكية مقارنة بمن يعيشون مع أبويهم، كما أن تلك المشاكل تزداد تلقائياً في حالات زواج الأم خصوصاً عند دخول زوج الأم إلى المنزل، وأن تلك المشاكل السلوكية تكون أكثر لدى الذكور مقارنة بالإناث.

ثالثاً: دراسات أجريت على المحرومين من الأبوين أو المقيمين بدور الإيواء:

في دراسة (سميرة إبراهيم، ١٩٨٣) التي أجرتها على مجموعة من الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة قوامها (٢٠٢) طفلاً وطفلة، وباستخدام مقياس مفهوم الذات والتوافق النفسي، أكدت النتائج أن الأطفال اللقطاء المحرومين من الأبوين يعانون من انخفاض مفهوم الذات والتوافق النفسي والاجتماعي، أما (فاتن أبو صباع، ١٩٩٢) فقد قامت بدراسة على عينة قوامها (٦) طفلاً وطفلة في مرحلة الطفولة المتأخرة من الأطفال اللقطاء المقيمين بدور الإيواء ومثلهم من الأطفال المقيمين داخل قرى الأطفال .SOS، وقد استخدمت في دراستها المقابلة الإكلينيكية واختبار تفهم الموضوع، كما اعتمدت على الملاحظة المباشرة بغرض التعرف إلى بعض المشكلات السلوكية التي قد يعاني منها هؤلاء الأطفال سواء داخل المؤسسة الإيوائية أم داخل قرى الأطفال. وقد كشفت نتائج دراستها عن أن أطفال العينتين المحرومان من الوالدين والمقيمين بدور المؤسسات أو القرى، ذوو أنا ضعيفة، ومضطربين، وتسيطر عليهم مشاعر الدونية، ويعانون من مشكلات سلوكية مثل التبول اللاإرادي والتأخر الدراسي والسرقة والكذب. أما دراسة

(المتولي إبراهيم، ١٩٩٣) فقد كانت على عينتين الأولى: قوامها (٨٠) طفلاً وطفلة من المقيمين بقرى الأطفال S.O.S وتتراوح أعمارهم بين ١٤ ـ ١٦ سنة، والثانية: قوامها (٤٠) طفلاً وطفلة في نفس المستوى العمري، غير أنهم يقيمون بالمؤسسات الإيوائية، وقد استخدم الباحث مقياس القلق الصريح لتايلور، وقد كشفت نتائج الدراسة عن أن الأطفال المقيمين بمؤسسات الأطفال أكثر قلقاً من الأطفال المقيمين بقرى الأطفال.

تعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من الدراسات السابقة ما يلي:

١- كل الدراسات التي أجريت في مجال المقارنة بين حاضري الأب وفاقديه بالموت أو الطلاق أو الغياب، أكدت أن الحرمان الأبوي له آثار سلبية عديدة على الأبناء منها: الاكتئاب، وسرعة الانفعال، وتقلب المزاج، ومظاهر يأس وكآبة وقلق وتشاؤم، وأقل توافقاً أسرياً وصحياً وانفعالياً، وضعف الضمير وضعف الإحساس بالصواب والخطأ، والشعور بالتعاسة والنبذ والاغتراب، وفقدان تقدير الذات، وأقل تفاعلاً وأقل إيجابية، وانخفاض النمو العقلي والاجتماعي والانفعالي والتحصيلي، واضطراب الأنا والتأخر الدراسي، واتهام الذات وكراهيتها.

٢- لم تتناول دراسة واحدة بشكل مباشر ـ حسب حدود علم الباحث ـ تأثير الحرمان الأبوي بالوفاة على بعض المتغيرات النفسية (موضوع الدراسة) على المراهقات اللاتي فقدن والدهن في مرحلة الطفولة المتأخرة وحتي بداية مرحلة المراهقة واللاتي لم تتزوج والدتهن بعد وفاة الأب، وكل الدراسات التي استطاع الباحث الحصول عليها تنحصر في معرفة تأثير غياب الوالدىن على اللقطاء المقيمون بالمؤسسات

الإيوائية أو خارجها، أو تأثير الانفصال والطلاق بين الوالدين، أو الغياب طويل المدي أو قصير المدي مع عدم وفاة أحدهما أو كليهما أو زواج أحدهما بعد الانفصال عن الآخر، وغير ذلك.

٣- قليل من الدراسات بحث تأثير غياب الأب بالموت على وجه الخصوص، وقليل أيضاً عدد الدراسات التي تناولت تأثير غياب الأب بالوفاة على المراهقات على وجه الخصوص.

٤- باستعراض التراث النظري والتجريبي لم يتبين للباحث ـ حسب حدود علمه ـ دراسة تناولت تأثير الحرمان الأبوي بالوفاة على القيم (أخلاقيات النجاح في العمل والاهتمام بالمستقبل واستقلال الذات والتشدد في الخلق والدين) والتقدير الذاتي للاكتئاب والقلق كحالة والقلق كسمة، والوحدة النفسية وأخيراً بعض المتغيرات الشخصية مثل السيطرة والمسئولية والاتزان الانفعالي، وذلك على عينات كعينات الدراسة الحالية.

٥- ما سبق مثل استفادة للباحث تمثلت في تناوله لموضوع الدراسة الحالية لمعرفة تأثير غياب الأب بالوفاة على بعض المتغيرات النفسية موضوع الدراسة لدى المراهقات اللاتي فقدن والدهن بالوفاة قبل (٣) سنوات على الأقل.

سابعاً: فروض البحث:

يمكن صياغة فروض الدراسة الحالية على النحو التالي:

١- توجد فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغيرات الوحدة النفسية والتقدير الذاتي للاكتئاب والقلق كسمة والقلق كحالة لصالح فاقدات الأب.

٢- توجد فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في ثلاث من متغيرات القيم وهي أخلاقيات النجاح في العمل والاهتمام بالمستقبل واستقلال الذات لصالح فاقدات الأب.

٣- توجد فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغير التشدد في الخلق والدين لصالح غير فاقدات الأب.

٤- توجد فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغيري السيطرة والمسئولية لصالح فاقدات الأب.

٥- توجد فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغيري الثبات الانفعالي والاجتماعية لصالح غير فاقدات الأب.

ثامناً: إجراءات الدراسة:

أولاً: العينة:

أجري هذا البحث على عينة قوامها (٢٢٠) طالبة من طالبات المدارس الثانوية الآتية: مدرسة الثانوية بنات، مدرسة جيهان السادات، المدرسة التجريبية للغات، مدرسة كفر الشيخ عطية الثانوية، مدرسة رأس الخليج الثانوية، وجميع أفراد العينة من محافظة الدقهلية، بمتوسط عمري قدره (١٥,٠٢)، وبانحراف معياري قدره (٠,٨١) لعينة فاقدات الأب، ومتوسط عمري قدري (١٥,١٧)، وبانحراف معياري قدره (٠,٦٨) لعينة غير فاقدات الأب. وبحساب قيمة (ت) للفرق بين متوسطي أعمار العينتين تبين عدم وجود فرق دال إحصائياً. وقد تم تقسيم أفراد عينة البحث على النحو التالي:

١- الطالبات فاقدات الأب: كان قوام هذه العينة (١١٠) طالبة، وقد صنفت هذه العينة على النحو التالي:

أ- (٤٥) طالبة توفي والدهن من مدة لا تقل عن ثلاث سنوات.

ب- (٣٢) طالبة توفي والدهن من مدة لا تقل عن أربع سنوات.

ج- (٢٣) طالبة توفي والدهن من مدة لا تقل عن خمس سنوات.

٢- الطالبات غير فاقدات الأب: أيضاً كان قوام هذه العينة (١١٠) طالبة.

وعلى الرغم من تجانس العينتين من حيث المستوى التعليمي (حيث إنهن يدرسن بالمرحلة الثانوية) والعمري، إلا أن الباحث قد عمد أيضاً إلى التحقق من تكافؤ العينتين من حيث الذكاء، وذلك بتطبيق اختبار الذكاء العالي (كأداة لضبط العينة) على العينتين، الذي أعده السيد محمد خيرى، والذي يقيس الذكاء العام للفرد، وهو يصلح للتطبيق على طلاب المرحلتين الثانوية والجامعية، وله معاملات ثبات تتراوح بين (٠,٨٥، ٠,٨٨)، ومعامل صدقه بلغ (٠,٦٩) عن طريق حساب ارتباطه بمحك خارجي هو اختبار الذكاء الثانوي لإسماعيل القباني.

وقد قام الباحث بحساب ثباته في الدراسة الحالية بطريقة التجزئة النصفية على عينة قوامها (١٢٠) طالبة، فكان معامل الارتباط مساوياً لـ (٠,٨٨). كما حسب معامل الصدق التجريبي للاختبار عن طريق ارتباطه بمحك خارجي وهو اختبار الذكاء المصور لأحمد زكي صالح، فكان معامل الصدق مساوياً لـ (٠,٨٢) وبحساب الفروق بين العينتين باستخدام اختبار (ت) وجد أنها مساوية لـ (٠,٥١) وهذا يعني تجانسهما أيضاً من حيث المستوى العقلي.

شروط ومواصفات العينة:

أ- عينة فاقدات الأم:

لم يكن من السهل العثور على هذه العينة كغيرها من عينات بحوث أو دراسات أخرى، إذ أن الباحث قد عمد إلى أن تكون الفتاة قد فقدت أباها قبل

(٣) سنوات على الأقل من تاريخ التطبيق وهي الفترة التي أسماها "وليم كيلي" بفترة ما قبل المراهقة وهي من سن التاسعة أو العاشرة واستمراراً حتي بلوغ الحلم، (William Kelly, 1956: 186)، أو هي الفترة التي اصطلح على تسميتها بفترة الطفولة المتأخرة(*) وهي الفترة التي تسبق بلوغ الفتاة أو ما يسمي ببداية مرحلة المراهقة.

كذلك روعي أن تكون الأم على قيد الحياة، بمعنى أن تكون الفتاة فاقدة للوالد فقط لا للاثنين، بحثاً عن الدور الكامن للأم والذي لن يكون بارزاً في سياق الدراسة، لكنه حتماً سيكون بارزاً في إظهار المتغيرات السيكولوجية التي قد تميز أو لا تميز بناتها بعد وفاة زوجها. وكذلك روعي ألا تكون الفتاة فاقدة الأب تعيش مع زوج أمها، لأن زوج الأم في أحيان كثيرة قد يحل محل الأب، ومن ثم ينعدم التأثير الذي قد تكشف عنه هذه الدراسة، وبمعنى آخر قد يتساوي (معنوياً) أفراد العينتين بأنهما تعيشان مع والدين.

ب - عينة غير فاقدات الأب:

روعي في هذه العينة وجود الأب والأم معاً، لمعرفة تأثير وجود الأب على بناته وإلى جواره الأم، وذلك على بعض المتغيرات الوجدانية وبعض سمات الشخصية والقيم، وغير ذلك من متغيرات الدراسة الحالية.

ثانياً: وصف أدوات الدراسة وثباتها وصدقها:

أ- مقياس الوحدة النفسية:

أعد هذا المقياس إبراهيم قشوش الذي قام بجمع عدد من العبارات التي رأي أنها ترتبط بخبرة الإحساس بالوحدة النفسية، وتم الحصول على

(*) هناك عدد من أفراد العينة فقدن الأب منذ أربع أو خمس سنوات، وهذا يعني أنهن فقدن والدهن في مرحلة الطفولة المبكرة وامتداداً حتي مرحلة الطفولة المتأخرة ومنها حتي بداية المراهقة.

هذه العبارات من مصدرين أساسيين المصدر الأول يتمثل في الكتابات والآراء النظرية التي تناولت كنة الإحساس بالوحدة النفسية أو ماهيته، والمصدر الثاني يتمثل في المعلومات التي جمعها معد المقياس نتيجة إجراء استفتاء مفتوح الطرف على مجموعة من المتخصصين في مجالي الصحة النفسية والطب النفسي، وقد تكون المقياس في صورته النهائية من ٣٤ عبارة تتضمن كل عبارة منها أربع استجابات هي: أشعر بما تنطوي عليه العبارة في معظم الأحيان، أشعر بما تنطوي عليه العبارة في بعض الأحيان، أشعر بما تنطوي عليه العبارة نادراً، لا أشعر على الإطلاق بما تنطوي عليه العبارة، مع تخصيص الأرقام (٤، ٣، ٢، ١) لكل من هذه الاستجابات على الترتيب.

صدق المقياس:

حسب صدق المقياس بعدة طرق منها:

١- صدق البناء أو التكوين: كان من نتيجته استبعاد البنود غير ذات العلاقة الدالة بالدرجة الكلية على المقياس، مما أسفر في النهاية عن ارتباط عدد (٣٤) عبارة بالدرجة الكلية للمقياس وجميعها تبين أنها ذات معاملات ارتباط موجبة ودالة مع الدرجة الكلية للمقياس.

٢- الصدق التلازمي: توصل المقياس إلى البيانات الخاصة بهذا النوع من الصدق عن طريق استخدام مدي شعور الفرد بالوحدة النفسية وقت إجراء المقاييس كمحك لصدق مقياس الإحساس بالوحدة النفسية. وقد تبين أن جميع معاملات الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها أفراد عينة التقنين على محك التقدير المستخدم، ودرجاتهم على كل من البنود المتضمنة في مقياس الإحساس بالوحدة النفسية، دالة عند مستوى (٠,٩٩) من الثقة، مما يعد مؤشراً على

صدق ارتباط كل من بنود المقياس والدرجة الكلية عليه بمحك التقدير المستخدم.

٣- الصدق التمييزى: حيث استطاع المقياس أن يميز بصورة دالة بين مجموعة من الطلاب ذوي الإحساس بالاكتئاب وبين مجموعة من الطلاب العاديين ومجموعة من الطلاب الذين تلقوا مقرراً اختيارياً في التوجيه والإرشاد النفسي، مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين المجموعات المتضادة.

ثبات المقياس:

حسب ثبات المقياس بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق فكان معامل الارتباط (٠,٨٢)، وهو معامل دال عند مستوى (٠,٩٩) من الثقة. (إبراهيم قشوش، ١٩٨٨).

صدق الاختبار وثباته في الدراسة الحالية:

قام الباحث بحساب صدق الاختبار من خلال ما يسمي صدق التعلق بمحك، حيث حسب معامل الارتباط بينه وبين مقياس الشعور بالوحدة وهو من إعداد عبد الرقيب البحيرى، وذلك على عينة قوامها (٥٠) أنثى من العينة الأساسية فكان معامل الارتباط مساوياً لـ(٠,٦٥) وهو دال عند مستوى (٠,٠١).

أما عن ثبات المقياس في الدراسة الحالية فقد تم حسابه بطريقة التجزئة النصفية على ذات العينة، فكان معامل الارتباط مساوياً ٠,٥٨، وهو ما يعني أنه مساوي لـ (٠,٧٣)، وذلك بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان وبراون.

ب ـ اختبار حالة القلق للكبار وسمته:

وهو من وضع "سبيلبرجر"، "وريتشارد ل. جورستش"، "وروبرت ى. لوشين" وقد أعده للعربية "عبد الرقيب أحمد البحيرى". ويشمل الاختبار مقياسين منفصلين يعتمدان على أسلوب التقدير الذاتي، وذلك لقياس مفهومين منفصلين للقلق، الأول: حالة القلق، والثاني: سمة القلق، ويستخدم الاختبار بوصفه أداة بحثية لدراسة ظاهرة القلق لدى البالغين الأسوياء منهم والمرضي المصابين بأمراض نفسية عصبية أو عضوية أو الذين ستجرى لهم عمليات جراحية، إلى آخر المواقف الضاغطة التي تثير في النفس البشرية مشاعر القلق.

ويتكون مقياس "سمة القلق" من ٢٠ عبارة يطلب فيها من الأفراد وصف ما يشعرون به بوجه عام، ويتكون مقياس "حالة القلق" من ٢٠ عبارة أيضاً، ولكن تتطلب تعليماته من المفحوصين الاستجابة عما يشعرون به في لحظة معينة من الوقت. ولمقياس "سمة القلق" معايير إحصائية للدرجات الخام لطلاب المدارس والكليات وذلك لمعرفة القابلين منهم للإصابة بالقلق، وأيضاً لتقويم الذين في حاجة منهم إلى الإرشاد بوصفه أداة بحثية للتمييز بين الأفراد الذين يختلفون في استجاباتهم للضغوط النفسية تحت مستويات مختلفة لشدة حالة القلق. أما مقياس "حالة القلق" فيستخدم في العمل الإكلينيكي باعتباره حالة شعورية يخبرها العملاء والمرضي أثناء مواقف التوجيه والعلاج النفسي، أو أثناء العلاج السلوكي، أو في قسم الطب النفسي، وقد يستخدم أيضاً في قياس التغيرات في شدة حالة القلق التي تحدث أيضاً في هذه المواقف، وتشمل الصفات الأساسية المقدرة باستخدام هذا

المقياس (حالة القلق) الشعور بالتوتر والنهج العصبي والضيق وتوقع الشر. والاختبار يطبق بطريقة فردية أو جماعية، كما يمكن أن يقوم الفرد بتطبيقه على نفسه.

ثبات الاختبار وصدقه:

حسبت معاملات ثبات الاختبار في الصورة العربية بثلاث طرق هي:

١- التطبيق وإعادة التطبيق وقد تراوحت الدلالة بين (٠,٠٥، ٠,٠١).

٢- تأكدت النتائج ذاتها عند إعادة ثبات الاختبار على فترات زمنية متفاوتة.

٣- طريقة التجزئة النصفية، التي اتضح معها أن جميع معاملات الثبات مرتفعة وتدل على الحد الأعلى لثبات الاختبار.

ثبات الاختبار في الدراسة الحالية:

في دراسة سابقة للباحث حسب معامل ثبات الاستقرار للاختبار على عينة قوامها (٤٥) من الذكور، و(٤٥) من الإناث فكانت المعاملات كما يلي: حالة القلق: كان معامل ثبات الاستقرار لدى الذكور مساوياً لـ (٠,٥٩) وهو دال عند مستوى (٠,٠١)، وبالنسبة لمقياس سمة القلق فكان معامل ثبات الاستقرار مساوياً لـ (٠,٨١) وهو دال عند مستوى (٠,٠١) أيضاً. وبالنسبة للإناث كان معامل ثبات الاستقرار بالنسبة لمقياس حالة القلق مساوياً لـ (٠,٨٨)، وهو دال عند مستوى (٠,٠١)، بينما كان معامل ثبات الاستقرار مساوياً لـ (٠,٧٥) وهو دال أيضاً عند مستوى (٠,٠١).

صدق الاختبار:

حسب صدق الاختبار في الصورة العربية بعدة طرق وهي:

١- صدق المحك حيث حسبت الارتباطات بينه وبين مقياس كاتل للقلق وبعد العصابية من مقياس أيزنك للشخصية (الصورة ب) وقد كانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً.

٢- صدق المفردات حيث كانت معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية مرتفعة ووصلت إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

٣- صدق المتغيرات التجريبية التي أكدت على أن المقياس حساس لقياس شدة الحالات النفسية تحت المستويات المختلفة من الظروف الضاغطة.

٤- الصدق العاملي الذي أسفرت نتائجه عن أن "عامل العصابية" هو العامل العام الأول لدى عينة الدراسة. (عبد الرقيب البحيرى، ١٩٨٤).

صدق الاختبار في الدراسة الحالية:

في دراسة سابقة قام الباحث بحساب صدق الاختبار بطريقة صدق التعلق بمحك حيث حسبت معاملات الارتباط بينه وبين قائمة مسح المخاوف "لأحمد عبد الخالق"، ومقياس العصابية من استخبار أيزنك للشخصية إعداد "أحمد عبد الخالق"، ومقياس تايلور للقلق الصريح إعداد "أحمد عبد الخالق"، وذلك على عينة قوامها ٤٥ ذكر، و٤٥ أنثى، وقد كانت معاملات الارتباط ودلالتها على الترتيب كما يلي:

١- بالنسبة للذكور كان معامل الارتباط بين الاختبار والمقاييس السابق ذكرها مساوياً لـ (٠,٧٦)، (٠,٧٢)، (٠,٧٧)، وكلها دالة عند مستوى (٠,٠١)، وذلك بالنسبة لمقياس سمة القلق، أما مقياس حالة القلق فقد كانت معاملات الارتباط مساوية لـ (٠,٦٨)، (٠,٥٦)، (٠,٦٤) وكلها دالة أيضاً عند مستوى (٠,٠١).

بالنسبة للإناث كانت معاملات الارتباط مساوية لـ (٠,٨١)، (٠,٧٨)، (٠,٧٣) وكلها دالة عند مستوى (٠,٠١)، وذلك بالنسبة لمقياس "سمة القلق، أما "حالة القلق" فقد كانت معاملات الارتباط مساوية لـ(٠,٧٠)، (٠,٦٣)، (٠,٦٨)، وهي أيضاً دالة عند مستوى (٠,٠١)، (السيد فهمي، ١٩٩٤).

جـ- مقياس البروفيل الشخصي:

البروفيل الشخصي هو مقياس للشخصية، وضعه في الأصل ل. ف. جوردن Leonard V. Gordon وقام باقتباسه وإعداده للعربية "جابر عبد الحميد جابر"، "وفؤاد أبو حطب". وهذا الاختبار يزودنا بقياسه لأربعة جوانب للشخصية لها أهميتها في الأعمال اليومية بالنسبة للشخص السوي وهي:

أ- السيطرة.

ب- المسئولية.

ج- الاتزان أو الثبات الانفعالي.

د- الاجتماعية.

وهذه الجوانب الأربعة مستقلة نسبياً، وهي جوانب ذات أهمية سيكولوجية اتضحت أهميتها في تحديد توافق الفرد وفاعليته في كثير من المواقف الاجتماعية والتربوية والصناعية، والمقياس مناسب للاستخدام مع طلاب المدارس الثانوية والجامعة ومع جماعات الراشدين. ويتكون البروفيل من ١٨ مجموعة من العبارات الوصفية تشتمل كل مجموعة على أربعة عبارات، وتمثل كل عبارة إحدي سمات الشخصية الأربع، جملتان من الأربعة تتشابهان من حيث أن لهما قيمة تفضيلية عالية، أي أن الأفراد العاديين

يعتبرونهما متساويتين في الاشتهائية الاجتماعية، والجملتان الأخيرتان متساويتان في القيمة التفضيلية المنخفضة. ويطلب من المفحوص أن يضع علامة على جملة من الجمل الأربع تشبهه بأكبر درجة، وعلى جملة أخري باعتبارها تشبهه بأقل درجة، وبناء على ذلك فإن هذا الأسلوب من الاختيار الإجباري يتيح للأفراد أن يرتبوا الجمل الأربعة في ثلاث رتب، وهم لا يستطيعون أن يستجيبوا استجابة قبول لجميع العبارات كما يحدث في مقاييس التقرير الذاتي المألوفة، ويترتب على هذا التنظيم أن البروفيل بالمقارنة بالاستخبارات التقليدية أقل قابلية للتشويه من قبل الأفراد الذين يحاولون أن يعطوا صورة طيبة عن أنفسهم. (جابر عبد الحميد وفؤاد أبو حطب، ١ ـ ٢).

ثبات الاختبار وصدقه:

حسبت معاملات ثبات المقاييس الأربعة للبروفيل الشخصي بطريقة إعادة الاختبار على عينة من طلاب الدبلوم الخاص بكلية التربية، وقد تبين أن معاملات الثبات كانت مرضية حيث تراوحت بين (٠,٦٧)، (٠,٧٨)، كما قام معدا المقياس بدراسة على عينة من طالبات السنة الأولي بكلية البنات أسفرت عن نتائج تدعم الصدق التكويني للمقياس. وفي دراسة أخري على عينة من خريجات معاهد التربية الرياضية (ن = ٥) ومثلها من خريجات معهد الخدمة الاجتماعية، اتضح أن خريجات الخدمة الاجتماعية قد حصلت على درجة عالية في الاجتماعية، وأن الفرق بين العينتين كانت له دلالة إحصائية عالية على مستوى (٠,٠١)، وهذا يعني الصدق التمييزي للمقياس نظراً لاختلاف طبيعة عمل هاتين العينتين في مجالات العلاقات الإنسانية والخدمة الاجتماعية.

وعلى الرغم من أن المقياس منذ إعداده للعربية استخدم في دراسات عديدة أثبتت تمتعه بقدر عال من الثبات والصدق يمكن الوثوق بهما والاعتماد

عليهما، إلا أن الباحث في الدراسة الحالية قام بحساب ثبات المقياس بطريقة التطبيق وإعادته بفاصل زمني مقداره أسبوعان وعلى عينة قوامها (٥٠) أنثى من العينة الأصلية، فكان معامل الارتباط بين التطبيقين مساوياً لـ (٠,٦٨)، وهو معامل دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

د ـ مقياس القيم الفارق:

وضع هذا المقياس في الأصل ر. برينس (R. Prince)، وقد أعده للعربية جابر عبد الحميد جابر، والاختبار يتكون من (٦٤) زوجاً من العبارات تدور حول أشياء قد يري الفرد أن من الواجب عملها أو الشعور بها، ويتكون كل عنصر من الأربع وستين من عبارتين وعلى المجيب أن يختار واحدة منهما، إحداهما تمثل قيمة أصلية أو تقليدية، والأخري تمثل قيمة عصرية أو منبثقة. وهذا يعني أن المقياس يفرق بين نوعين من القيم هما القيم التقليدية أو الأصلية، والقيم المنبثقة أو العصرية، ويضم كل نوع من هذه القيم أربعة تقسيمات موزعة على النحو التالي:

١ـ أخلاقيات النجاح في العمل (قيمة تقليدية أو أصلية) ويقابلها قيم الاستمتاع بالصحبة والأصدقاء (قيمة منبثقة أو عصرية).

٢ـ الاهتمام بالمستقبل (قيمة تقليدية) ويقابلها الاستمتاع بالحاضر (قيمة عصرية).

٣ـ استقلال الذات (قيمة تقليدية) ويقابلها مسايرة الآخرين (قيمة عصرية).

٤ـ التشدد في الخلق والدين (قيمة تقليدية) ويقابلها النسبية والتساهل (قيمة عصرية).

وللمقياس مفتاح تصحيح خاص بكل متغير أو مقياس فرعى، وكذلك لتدرجة الكلية.

ثبات المقياس وصدقه:

قام معد الاختبار بحساب ثبات المقياس بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق على عينة قوامها (٣٤) طالباً فبلغ معامل الارتباط بين التطبيقين (٠,٨٩)، وهو معامل دال إحصائياً، كذلك فقد حسب ثبات الاختبار بطريقة التجزئة النصفية في دراسة (سهام أحمد، ١٩٨١)، فكان معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان وبراون بعد التصحيح مساوياً لـ (٠,٨٧) وهو أيضاً دال إحصائياً، كذلك حسب الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق في دراسة (طلعت الحامولي، ١٩٩٧) حيث بلغ معامل الثبات (٠,٧٩)، وهو معامل دال إحصائياً.

ثبات المقياس في الدراسة الحالية:

وفي الدراسة الحالية حسب ثبات المقياس على عينة قوامها (٥٠) أنثى من عينة الدراسة بطريقة التجزئة النصفية فكان معامل معادلة سبيرمان وبراون على التوالي كما يلي: (٠,٦٨)، (٠,٧٢)، (٠,٧٤)، (٠,٧٧)، (٠,٨١)، وهي معاملات دالة إحصائياً.

وفيما يتعلق بصدق المقياس قام معد المقياس (١٩٧٧) بحساب صدق المضمون للمقياس، وكذلك قامت (سهام أحمد، ١٩٨١) بحساب الصدق الذاتي للمقياس، والذي بلغ (٠,٩٣)، كما قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب الصدق الذاتي للمقياس والذي بلغ (٠,٩٠). وهو معامل ذو دلالة إحصائية.

هـ - مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب:

أعد هذا المقياس للعربية (رشاد علىعبد العزيز موسى)، وهو في الأصل من تأليف وليام و. ك. زونج WilliamW. K. Zung الذي أشار إلى

أن هناك حاجة ملحة لقياس الاكتئاب في صوره المختلفة سواء أكان أثراً، أم عرضاً، أم اضطراباً بصورة مبسطة متخصصة. والسبب في هذا كما يري أن معظم المقاييس المقاسة اليوم لم تقس الاكتئاب كاضطراب نفسي طبي بصورة جيدة، كما أنها غير ملائمة للعديد من الأسباب مثل طول المقياس والزمن المطلوب للتطبيق خاصة عند استخدامه أو تطبيقه على مريض مكتئب يعاني من صعوبات حركينفسية Psychomotor (الخاص بالعمل العضلي الناشيء مباشرة عن عملية عقلية)، كما أن هناك سبباً آخر هو أن بعض المقاييس لا تطبق بواسطة المفحوص ذاته، ولكنها تعتمد على التفسير الذي يقدمه القائم بالمقابلة.

وقد كان اهتمام "زونج" في المقام الأول هو قياس الاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من التشخيصات الأولية من الأمراض الاكتئابية، على أن يكون المقياس قصيراً ومبسطاً، وكمياً وليس نوعياً، ويطبق عن طريق المفحوص ذاته ويشير إلى استجابة المريض الخاصة أثناء تطبيق المقياس. وقد مر تصميم المقياس بخطوتين رئيسيتين، أولهما: استخدامات محك التشخيص الإكلينيكي من أجل الوصول إلى الخصائص الاكتئابية، وهذه الخصائص هي: أثر الانتشار أو التعميم، والحالات المصاحبة الفسيولوجية Physiological concomitants، والحالات المصاحبة النفسية Psychological Concomitants. وبعد تحديد هذه المحكات التشخيصية كان الهدف من الخطوة الثانية بناء مقياس يحتوي على هذه الأعراض. والمقياس يصلح للتطبيق الفردي والجمعي، وتحتوي كراسة الأسئلة على تعليمات توضح طريقة الإجابة كما أنه يتكون في صورته النهائية من عشرين عبارة (عشر عبارات مصاغة بطريقة موجبة، وعشر عبارات مصاغة بطريقة

سالبة) ولكل درجة خام يحصل عليها الفرد درجة تقابلها من الدرجات التائية المعدلة (رشاد عبد العزيز موسى، ١٩٨٨).

ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس بطريقة معامل ألفا لكرونباخ على (٥) عينات، وكان قوام كل عينة موزعاً على النحو التالى (٤٠، ٣٠، ٥٠، ٦٠، ٥٠)، فكانت معاملات الثبات بطريقة ألفا كما يلي: (٠,٧٩، ٠,٧٦، ٠,٧٣، ٠,٧٧، ٠,٨٠) وهي جميعها دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

صدق المقياس:

حسب صدق المقياس بطريقة الصدق التلازمى، وذلك عن طريق تطبيقه مع المقاييس التالية: مقياس الانقباض (لويس كامل، ١٩٦٦) ومقياس بك للاكتئاب (الصورة الأصلية)، ومقياس بك للاكتئاب (الصورة المختصرة) من إعداد غريب عبد الفتاح غريب (١٩٨٥) على عينة قوامها ٣٠ طالباً من كلية التجارة بجامعة الأزهر، وعلى عينة أخري مكونة من ٨٠ طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية بجامعة عين شمس وكانت النتائج كما يلي: بالنسبة للعينة الأولي كانت معاملات الارتباط بين مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب والمقاييس الثلاثة الأخري مساوية لـ (٠,٧٥، ٠,٧٩، ٠,٧٤)، وكلها دالة عند مستوى (٠,٠١)، وبالنسبة للعينة الثانية: كانت معاملات الارتباط على التوالى كما يلي (٠,٧٣، ٠,٧٦، ٠,٧٢) وكلها معاملات دالة عند مستوى (٠,٠١).

يتضح مما سبق أن مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب يتمتع بخصائص سيكومترية مرضية من حيث الصدق والثبات خصوصاً وأنه استخدم لدى

معده للعربية في أكثر من (١٠) دراسات تالية وتنوعت فيه استخدامات طرق أخري من الثبات والصدق (رشاد علي، ١٩٩٣).

ثالثاً: تطبيق أدوات الدراسة:

استغرقت إجراءات تطبيق أدوات الدراسة على عينتي الدراسة ثلاثة فصول دراسية نظراً للاعتبارات السابق ذكرها مثل طبيعة العينة، والشروط التي وضعت لاختيارها، وكذلك تعدد أدوات الدراسة. ولعل البحث عن هذه العينة وبهذه المواصفات هو ما أطال مدة التطبيق، كما أن عدد المدارس التي استطاع الباحث أن يحصل منها على أفراد عينته كان كبيراً. وقد ساعده على ذلك السادة مديرو المدارس ونظارها والاخصائيون الاجتماعيون والنفسيون بها حيث مكنوا الباحث من التطبيق بعد الإطلاع على البيانات الخاصة بسجلات المدارس المدون بها أسماء الطالبات فاقدات الأب، أو من يعرفون عنهن أنهن فاقدات الأب من واقع التعامل مع إدارة المدرسة.

هذا وقد كان التطبيق يتم بشكل فردي نظراً لظروف العينة لتعدد وتنوع الأدوات المستخدمة في الدراسة.

تاسعاً: الأساليب الإحصائية:

استخدمت في الدراسة الحالية الأساليب الإحصائية الآتية:

١- المتوسط الحسابي.

٢- الانحراف المعياري.

٣- اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات.

عاشراً: نتائج الدراسة ومناقشتها:

في ضوء مشكلة الدراسة والأسئلة التي تطرحها والفروض التي تقوم عليها، والأساليب الإحصائية المستخدمة للتحقق من صحة الفروض، جاءت نتائج الدراسة على النحو التالي:

الفرض الأول:

نص الفرض الأول على وجود فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغيرات الوحدة النفسية، والتقدير الذاتي للاكتئاب، والقلق كسمة، والقلق كحالة لصالح فاقدات الأب. والجدول التالى يوضح نتيجة هذا الفرض:

جدول رقم (١)

يوضح نتائج اختبار (ت) بين عينتي البحث في متغيرات الوحدة النفسية والتقدير الذاتي للاكتئاب والقلق كسمة والقلق كحالة

العينة / المتغيرات	فاقدات الأب		غير فاقدات الأب		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الوحدة النفسية	٧٧,٤٣	١٥,٣٢	٧٢,٣٦	١٧,٢٥	٢,٢٩	٠,٠٥
التقدير الذاتي للاكتئاب	٤٤,١٣	٩,٧٥	٣٩,٥٠	٨,٠٣	٣,٨٣	٠,٠١
القلق كسمة	٤٦,٧٧	٩,٩٨	٤٥,٧٢	٨,١٥	٠,٨٥	غير دال
القلق كحالة	٤٦,٣٣	٩,٠٤	٤٢,٢٥	٨,٥٢	٣,٤٣	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات الإناث فاقدات الأب أكبر من متوسطات الإناث غير فاقدات الأب على المتغيرات الأربعة، وأن الفروق في المتوسطات كانت دالة عند مستوى (٠,٠٥) بالنسبة لمتغير الوحدة النفسية، كما كانت دالة عند مستوى (٠,٠١) بالنسبة لمتغيري التقدير الذاتي للاكتئاب والقلق كحالة، بينما لم تكن دالة بالنسبة لمتغير القلق كسمة، وبهذا يكون الفرض قد تحقق بنسبة كبيرة.

مناقشة نتيجة الفرض الأول:

أولاً: بالنسبة لمتغير الوحدة النفسية:

أسفرت نتيجة الفرض الأول في أحد جوانبها عن تمايز فاقدات الأب بالإحساس بالوحدة النفسية وهذا يعني أن وفاة الأب أثناء فترة الطفولة المتأخرة وما تلاها قد تركت بصماتها السلبية عليهن، قد جعلتهن ـ كما يتضمن المتغير ـ يعانين من وجود فجوة نفسية باعدت بينهن وبين أشخاص وموضوعات مجالهن النفسي إلى الدرجة التي شعرن معها بافتقاد الحب والتقبل والتواد من جانب الآخرين، بحيث ترتب على ذلك حرمانهن من أهلية الانخراط في علاقات مثمرة ومشبعة مع أي أشخاص وموضوعات الوسط الذي يعشن فيه، ويمارسن دورهن من خلاله(*).

إن سلوكهن أشبه بالسلوك الانطوائي، فهو ليس عرضاً مرضياً بقدر ما هو سلوك من خصائصه، أنه يجنح إلى العزلة، والانسحاب الاجتماعى، وعدم إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين. إن ميلهن للوحدة النفسية مقارنة بغيرهن ممن لم يفقدن آبائهن يعني من بين ما يعني أنها ـ أي الوحدة ـ قد فرضت عليهن فرضاً، والفرض هنا هو موت الأب ومفارقته للدنيا ولهن، وتركهن يواجهن مصيرهن بدونه. والوفاة في حد ذاتها قد يترتب عليها مفارقات كثيرة وغريبة بل وشاذة وغير مقبولة في بعض الأحيان، فقد يتنكر لهن أقرب الأقربين من الأهل والأقارب والأصدقاء، الذين كانوا يترددون على أسرتهن ويملأون حياتهن في وجود الأب، ثم بعد الوفاة تتبدل كثير من الأمور، وينسحب هؤلاء الناس من حياتهن شيئاً فشيئاً حتي يجدن أنفسهن

(*) يؤكد هذا ما سيرد ذكره فيما بعد عند مناقشة باقي الفروض، أنهن يبتعدن عن الاجتماعية، ومخالطة الناس، أو الاتصال بهم.

في مواجهة معترك الحياة بمفردهن، بعد أن كان بعضهم يلتمس ودهن والتقرب إليهن في وجود الأب، لكن هيهات أن يستمر هذا طويلاً، ويكون لزاماً عليهن مواجهة وحدة فرضت عليهن، بل ومواجهة ظروف لم يحسبن لها حسباناً، ظروف قد تكون مادية أو معنوية سيئة، والأخيرة هي أقسى ما يمكن أن تواجهه فتاة في بداية سن الطفولة المتأخرة.

إن موت الأب وفقدانه وهن في مرحلة هامة من مراحل حياتهن، ألا وهي مرحلة الطفولة المتأخرة ومروراً بمرحلة المراهقة، قد يصحبه بالضرورة فقدان الاهتمام بأي شئ وعدم الرضا الناتج من إحباط أهم حاجة من حاجتهن الطبيعية البشرية - كما يري الباحث - وهي الحاجة إلى الأمن الأبوي. بل إن إحساسهن بالوحدة إذا وصل إلى حد معين - بأن اضطررن إلى العيش في عزلة - فإن هذا قد يجرهن أو يدفعهن إلى دوامة الانهيار العصبي (عبد المنعم الحنفى، ١٩٩٤: ٤٤١).

وأخيراً تجدر الإشارة إلى أنه إذا كانت الوحدة النفسية هي إحدي الأعراض المصاحبة للاغتراب الذي قد يعني في بعض حالاته الشديدة انفصال الفرد عن نفسه، كما أن حياته النفسية تختل ومعاييره تهتز، (إبراهيم عيد، ١٩٩٠: ٢١)، فهل يمكن القول أن تأثير غياب الأب بالوفاة قد يمتد إلى المدي أو الحد الذي يؤثر فيه على بناته بأن يشعرهن بالاغتراب الذي قد يصل إلى حد أن يكون الفرد في جانب ونفسه في جانب آخر؟ وبمعنى آخر هل تؤثر وفاة الأب إلى حد أن يكون هناك انفصال بين الروح والجسد؟ أو إلى حد الاضطراب النفسي واهتزاز المعايير والقيم؟ وهل هذا عرض دائم أو مؤقت؟ ومن ناحية أخري هل ينطبق هذا على كل الفتيات فاقدات الأب أو ينطبق هذا فقط على عينة الدراسة الحالية؟ وهل يحدث هذا إذا مات الأب وبناته في سن متأخرة؟ أسئلة كثيرة نأمل الإجابة عليها في دراسات تالية.

وحسب حدود علم الباحث، لم يجد دراسة سابقة تناولت دراسة هذا البعد النفسي لدى فاقدات الأب على وجه الخصوص، مما يأمل معه الباحث أن تكون هذه الدراسة إضافة جديدة في مجال البحث السيكولوجي لدى تلك العينة من ذات الفئة العمرية التي تناولتها الدراسة الحالية.

ثانياً: بالنسبة لمتغيرات التقدير الذاتي للاكتئاب:

إذا كانت نتيجة الفرض الأول قد أكدت في أحد جوانبها على أن فاقدات الأب أكثر إحساساً بالوحدة النفسية من غير فاقدات الأب، فقد أكدت أيضاً في احد جوانبها على تميز فاقدات الأب بخصائص وأعراض ما يسمي باسم التقدير الذاتي للاكتئاب، والتي تعني تمايزهن ببعض الخصائص الاكتئابية التي تتمثل في شعورهن بالاكتئاب والحزن واليأس، كما أنهن يشعرن أو تنتابهن نوبات من البكاء (رهافة مشاعر)، كما تبرز لديهن بعض الحالات الفسيولوجية الناجمة عن شعورهن بالاكتئاب، وهذه الحالات تتمثل في تعرضهن للاضطرابات المتكررة مثل التقلب اليومي ما بين الليل والنهار مع ازدياد أعراض هذا الاضطراب ليلاً على وجه الخصوص، وكذلك اضطراب النوم فلا ثبات في الاستيقاظ، وأيضاً فقدان الشهية والوزن، مع نقصان الشهوة الجنسية، واضطرابات أخري تتمثل في الإمساك وخفقان القلب، كذلك فإن من الخصائص الاكتئابية التي يتضمنها المتغير النشاطات النفس حركية التي تتضمن الاهتياج والإثارة والشعور بالإعاقة. وأخيراً إحساسهن بالفزع واليأس والتردد والارتباك(*) وعدم الرضا والتفكير المستمر في الانتحار.

والنتيجة بهذا الشكل لا تعني تعرضهن للاكتئاب المرضي أو الإكلينيكي الذي عادة ما يتميز بأربع خصائص هي: أنه أكثر حدة ويستمر

(*) هذا مرتبط بعدم الثبات الانفعالى كما سيرد فيما بعد.

لفترة طويلة، كما أنه يعوق الفرد بدرجة جوهرية عن أداء نشاطاته وواجباته المعتادة، كما أن الأسباب التي تثيره قد لا تكون واضحة بل إن النتيجة تعني أنهن أكثر عرضة من غيرهن بزملة من الأعراض الاكتئابية منها الانهباط والكدر، وضعف مستوى النشاط الحركي والخمول، والشعور بتثاقل الأعباء والشكاوي الجسمية والآلام العضوية مع توتر العلاقات الاجتماعية، ومشاعر الذنب واللوم المرضي للنفس والإدراك السلبي للبيئة (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، مواضع متفرقة).

وتتفق النتيجة السابقة مع نتائج بعض الدراسات السابقة، فقد أكدت دراسة "بارنس وبروسون" (Parnes & Proson, 1985) على أن فاقدات الأب أكثر اكتئاباً، كما أكدت ذلك أيضاً دراسة (رشدي عبده، ١٩٨٧)، ودراسة (رشاد موسى، ١٩٩٣) التي أوضحت أن وفاة الوالدين أو أحدهما وبالتالى وفاة الأب تسبب العديد من الأعراض الاكتئابية، وهي ذات الأعراض السابق الإشارة إليها. وأيضاً أكدت دراسة "رونالد وجاكلين" (Ronald and Jacqueline, 1996) على أن وفاة الأب تسبب مشاكل اكتئابية.

بقيت نقطة ينبغي الإشارة إليها وهي لا تتعلق هذه المرة بوفاته وغيابه الدائم عن بناته، بل تتعلق بغيابه سواء بالطلاق أم بالهجر والابتعاد، الأب في هذه الحالة على قيد الحياة، لكنه غير دائم الوجود مع بناته، وهذا الغياب يسبب صراعاً نفسياً وإحساساً بالضياع والنبذ كما في دراسة (عزة الألفى، ١٩٨٦)، وفي دراسة "بيرتي وديفيتوريو" (Peretti and DiVittorio, 1992) تبين أن غيابه يشعر بناته بالاغتراب، وأنهن مهجورات، ومتخلي عنهن، وفي دراسة كل من "ميشيل وجون" (Michael and John, 1992) ودراسة "دينيس وإميلي وكيفين" (Denise; Emily and Kevin, 1994) تبين أنهن أكثر اكتئاباً.

أما من فقدن الوالدين فلا يختلف الحال كثيراً لديهن، فهن أكثر بؤساً وشقاءً من ذويهن اللاتي لم يفقدن والديهن. كل هذا أكدت عليه دراسات كل من (سميرة إبراهيم، ١٩٨٣؛ وفاتن أبو صباع، ١٩٩٢؛ والمتولي إبراهيم، ١٩٩٣٠).

ثالثاً: بالنسبة لمتغيري القلق كسمة والقلق كحالة:

كما أكدت نتيجة الفرض على أن متوسطي درجتي القلق كسمة والقلق كحالة كانت أكبر لدى عينة فاقدات الأب غير أن الفرق في المتوسط لم يكن دالاً بالنسبة لمتغير القلق كسمة، بينما كان دالاً عند مستوى (٠,٠١) بالنسبة لمتغير القلق كحالة.

وقبل أن نتعرض لتفسير هذه الجزئية من نتيجة الفرض، يهم الباحث أن يلقيَ الضوء أكثر على مفهومي القلق كحالة وكسمة، لما له من دور بارز في النتيجة السابق الإشارة إليها، كما يهمه أيضاً أن يوضح العلاقة بين مفهومي القلق كحالة والقلق كسمة، فهما على الرغم من اختلافهما من الناحية المنطقية، إلا أنهما يعتبران من المفاهيم البنائية المرتبطة معاً. وأنه مع تميز هذين المفهومين، إلا أنهما استخدما من قبل بعض الباحثين ـ كما يري سبيلبرجر ـ بطريقة أدت إلى كثير من الغموض والخلط بينهما.

ولكي نفسر معنى ارتباطها بنائياً معاً، مع تميزها في الوقت ذاته نشير إلى أن سمة القلق لا تظهر مباشرة في السلوك بل قد تستنتج من تكرار ارتفاع حالة القلق وشدتها لدى الفرد على امتداد الزمن، وحالة القلق ـ وهي استجابة انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر تتضمن التوتر والعصبية والانزعاج ـ تحدث عندما يدرك الشخص أن منبهاً أو موقفاً ما قد يؤدي إلى إيذائه أو إحاطته بخطر من الأخطار وأنها ـ حالة القلق ـ تختلف من حيث

شدتها، وتتغير عبر الزمن لتكرار المواقف العصبية التي يصادفها الفرد، وعلى الرغم من أنها مؤقتة وسريعة الزوال فإنها غالباً ما تتكرر بحيث تعاود الفرد عندما تثيرها منبهات ملائمة، وقد تبقي كذلك زمناً إضافياً إذا استمرت الظروف المثيرة لها (أحمد عبد الخالق، ١٩٨٧: ٢٨ ـ ٢٩). وبمعنى آخر يمكن اعتبار أن العلاقة بين حالة القلق وسمة القلق مناظرة للعلاقة بين الطاقة الحركية والطاقة الكامنة إذ تشير حالة القلق (مثل الطاقة الحركية) إلى الاستجابة أو العملية التي تحدث الآن وبدرجة معينة من الشدة. أما سمة القلق (الطاقة الكامنة) فتشير إلى اتجاه كامن لحدوث استجابة من نوع معين إذا استثيرت بمثيرات مناسبة. وهي ـ سمة القلق ـ تعكس بقايا خبرات ماضية تحدد بشكل ما الفروق في الميل إلى القلق، أي في الاتجاه لرؤية بعض أنماط المواقف كشيء خطر، والاستجابة لها "بحالة القلق" (محمد غالي ورجاء أبو علام، ١٩٧٣: ٧١ ـ ٧٣).

وأخيراً فمن أهم خصائصها أنها سمة مزاجية أحادية البعد على خط متصل يبدأ من سمة القلق المنخفض وينتهي عند سمة القلق العالية، وأنها موجودة عند جميع الناس بمستويات منخفضة، وأنها استعداد سلوكي يكتسب في الطفولة المكبرة والمتوسطة ويظل ثابتاً نسبياً عند الفرد في مراحل الحياة التالية (كمال مرسى، ١٩٧٨: ٥٠ ـ ٥٢).

وبعد هذا التوضيح الذي رأى الباحث أنه أمر لابد منه، أمر كان وراءه الاعتقاد عند صياغة الفرض، أن فاقدات الأب أكثر عرضة للقلق، خصوصاً حالة القلق التي تمتد معهن مع تكرار المواقف التي يتعرضن فيها للقلق وما أكثرها، فهن يتعرضن للقلق في المدرسة ومع الزميلات ومع الأهل والأقارب وغير ذلك، بل وفي أغلب المواقف التي تتطلب وجود الأب، وهو غير موجود. من هنا تكون الفتاة فاقدة الأب في حالة متكررة من التوتر والعصبية، وذلك

لتكرار المواقف العصبية التي تتطلب منها استجابة مناسبة غالباً ما تكون انفعالية. ومع استمرارية الظروف المثيرة، وارتفاع حالة القلق، تظهر سمة القلق في السلوك.

غير أن النتيجة التي أسفر عنها الفرض الأول أكدت على أن الفرق كان دالاً في حالة القلق فقط، مما يعني أنهن يتسمن بحالة القلق، وأنهن يدركن ـ شعورياً ـ داخلياً أن هناك ما يمكن أن يؤدي إلى تعرضهن للإيذاء أو للخطر، والرأي لدى الباحث أن الأمر لا يتوقف على اتصافهن بحالة القلق، فالخطر أو الإيذاء لا يمكن وصفه سوي بأنه إيذاء معنوي، نفسي، وهو من أشد أنواع الضرر الذي يمكن أن يصيب الإنسان ويمكن أن يعرقل الكثير من أمور حياته. بل ويمكن أن يؤدي إلى اضطرابه نفسياً.

إن الخبرات الماضية، الخبرات المرتبطة بفقدان الأب وتأثيرها على فاقدات الأب، تربض كامنة في اللاشعور، وتحركهن نحو القلق باستمرار، وكل خبرات الماضي المؤلمة، المرتبطة بالحرمان من الأب والحاجة الشديدة إليه، التي تكتسب في مرحلة الطفولة خصوصاً من بداية مرحلة الحرمان من الأب، كل هذا يجعلهن أعلى قلقاً، بل تتميز استجابتهن بأنها تكون عالية في كل موقف من المواقف التي يتعرضن فيها للضغوط والتوتر الانفعالي، وما أكثر هذه المواقف. إنهن ـ حسب اعتقاد الباحث ـ في حالة قلق دائم، في أي وقت يقاس فيه القلق لديهن، ومن ثم يتصفن بالقلق كسمة سافرة في سلوكهن، بل ومميزة لشخصيتهن، وأنهن يختلف كماً وكيفاً في حالتي القلق كسمة وكحالة.

وربما يؤيد هذا ـ حسب اعتقاد الباحث ـ ارتفاع متوسط سمة القلق لديهن مقارنة بمن لم يفقدن والدهن، إن حرمانهن من الأب، قد أثر على درجة استقرارهن النفسي، صحيح أنه استعداد، لكنه قد ينبئ بأنه ربما يتحول،

فيجعلهن كالعصابيين (المضطربين نفسياً)، فيملن إلى إدراك العالم باعتباره خطراً يهدد حياتهن، كما قد يجعلهن يخبرن الأرجاع الخاصة بحالة القلق، وهي أراجع ذات شدة مرتفعة وتكرار مرتفع عبر الزمن. (أحمد عبد الخالق، ١٩٨٧، ٢٩). وليس هذا بمستبعد، فهن أكثر إحساساً بالوحدة النفسية وأكثر اكتئاباً، وأكثر قلقاً، بل هن - كما سيأتي فيما بعد - أقل من حيث الثبات الانفعالي ومن حيث الاتصال بالآخرين وإقامة جسور متينة من العلاقات معهم.

بقيت نقطة في هذا الصدد، نصيغها على شكل سؤال أو عدة أسئلة وهي: هل مع تقدم عمرهن وتغير حياتهن (بالزواج مثلاً) تزول حالة القلق لديهن، خصوصاً وأنهن قد يجدن في الزوج (كمثال فقط) ما قد يعوضهن فقدان والدهن، بما قد يمثله الزوج من حب وحنان وعطف وعطاء؟

هل مع تقدمهن في مراحل حياتهن العلمية وتحقيق إنجازات ونجاحات علمية ملموسة، إلى درجة أن حققن فيها قدراً لا بأس به من ارتفاع مفهوم وإدراك الذات، ومع خبرتهن في مواجهة الضغوط والتوتر والتهديدات التي كانت تعترض حياتهن في فترة الطفولة، يمكن أن يقلل أو يخفض نسبة القلق لديهن فلا تكون بينهن وبين غير فاقدات الأب فروق في حالة القلق وسمته؟

الأسئلة كثيرة، لكنها تثير موضوعاً ليت الباحث يستطيع أن يحققه في المستقبل إذا تحققت لـه دراسة موضوع سمة القلق وحالته على ذات العينة بعد متابعتهن في حياتهن فيما بعد.

وحسب حدود علم الباحث، لم يجد دراسة سابقة تناولت دراسة هذين البعدين (القلق كحالة والقلق كسمة) المتعلقين بالقلق لدى عينة من فاقدات الأب منذ مرحلة الطفولة المتأخرة وتأثيرها عليهن فيما بعد عندما يصلن إلى

مرحلة المراهقة. غير أن هناك دراستين فقط أشارتا إلى تميز فاقدات الأب بسمة القلق، وهما دراسة (رشدي عبده، ١٩٨٧)، ودراسة "رونالد وجاكولين" (Ronald and Jacqueline, 1996).

وبالنسبة لفاقدات الأب بغير الوفاة كالطلاق والهجر، تؤكد دراسة "دينيس وإميلي وكيفين" (Denise; Emily, and Kevin, 1994) على أن فاقدات الأب من الأطفال (الذكور والإناث) يعانون من اضطرابات القلق.

الفرض الثاني:

نص الفرض الثاني على وجود فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في ثلاثة من متغيرات القيم وهي: أخلاقيات النجاح في العمل، والاهتمام بالمستقبل، واستقلال الذات لصالح فاقدات الأب. والجدول التالى يوضح نتيجة الفرض:

جدول رقم (٢)
يوضح نتائج اختبار (ت) بين عينتي البحث في متغيرات
أخلاقيات النجاح في العمل والاهتمام بالمستقبل واستقلال الذات

العينة / المتغيرات	فاقدات الأب		غير فاقدات الأب		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
أخلاقيات النجاح في العمل	١٠,٤	٣,٢	٨,١	١,٨	٦,٥٤	٠,٠١
الاهتمام بالمستقبل	٨,٩	٢,٦	٨,٨	٣,٤	٠,٢٤	غير دال
استقلال الذات	٩,٩	٢,٩	٧,٨	٢,٢	٦,٠٢	٠,٠١

بالنظر في جدول (٢) يتبين أن متوسطات الإناث فاقدات الأب أكبر من متوسطات الإناث غير فاقدات الأب في متغيرات أخلاقيات النجاح في العمل، والاهتمام بالمستقبل، واستقلال الذات. وأن الفروق في المتوسطات كانت دالة عند مستوى (٠,٠١) بالنسبة لمتغيري أخلاقيات النجاح في العمل، واستقلال

الذات، بينما لم تكن بالنسبة لمتغير الاهتمام بالمستقبل وهذا يعني أن الفرض قد تحقق جزئياً.

مناقشة نتيجة الفرض الثاني:

أولاً: بالنسبة لمتغيري أخلاقيات النجاح في العمل واستقلال الذات:

أوضحت نتيجة الفرض الثاني ـ وفقاً لمتغيري أخلاقيات النجاح في العمل واستقلال الذات ـ أن فاقدات الأب يتميزن بأنهن يعلين من قيم النجاح في العمل ويرين أن من واجبهن إحراز مركز متقدم أعلى مما حقق والدهن (المتوفى). والعمل لديهن ليس ترفيه أو تسلية، بل هن يعملن باجتهاد وعلى نحو أفضل من الأخريات اللاتي يعشن في كنف الوالدين. كما أن النتيجة بهذا الشكل تعني ميلهن للإنجاز، والسعي لما يجعلهن ناجحات في حياتهن، وهن يتميزن بالطموح. كما أن النتيجة أيضاً تعني أنهن يأخذن الحياة بجدية، ولا يملن إلى الاستمتاع بالصحبة والأصدقاء، مما يشير إلى أنهن يفضلن الوحدة، وهذا يرتبط بالنتيجة السابقة الخاصة بالفرض الأول، ونتيجة لاحقة تتعلق بالاجتماعية وهو ما سيأتي الحديث عنها في حينه عند مناقشة نتائج الفرض الخامس.

ويرتبط بالنتيجة السابقة استقلال ذواتهن مقارنة بمن لم يفقدن آباءهن، فهن لا يسايرن الأخريات، غير تابعات لأحد، يعملن باجتهاد، وعملهن خارج عن المألوف، ولهن ما يميز شخصيتهن سواء من الناحية الدينية أم السياسية، أعمالهن تتميز بالفردية ومعظم وقتهن يكون في العمل، لا يعبأن بآراء غيرهن ويشعرن أنهن يجب أن يكن دائماً طموحات.

ونضيف لما سبق أنه إذا كانت القيم عبارة عن الأحكام التي يصدرها الفرد بالتفضيل أو عدم التفضيل للموضوعات أو الأشياء وذلك في ضوء

تقييمه أو تقديره لهذه الموضوعات أو الأشياء (عبد اللطيف خليفة، ١٩٩٢: ٥٩)، وإذا كانت هي موضوعات الاتجاهات وتعبر عن دوافع الإنسان وتمثل الأشياء التي نوجه رغباتنا واتجاهاتنا نحوها،(حامد زهران، ١٩٧٧: ١٣٢)، فإن هذا يعني أن فاقدات الأب يفضلن القيم التقليدية التي من أبرزها التميز بأخلاقيات النجاح في العمل، وما يرتبط بها من استقلال ذواتهن، كما أنه إشارة إلى السلوك أو النشاط الذي له مبرراته من قبلهن وذلك بناء على المعايير التي تعلمنها من الجماعة ـ أغلب الظن هنا أنها الأم في المقام الأول ـ وخبرتها في حياتهن المعاشة في علاقتهن المختلفة من خلال الثواب والعقاب ـ من قبل من يقوم بالتربية محل الأب الذي مات ـ ودرجة الإشباع لحاجتهن المادية والمعنوية المختلفة (سعد المغربى، ١٩٨٨: ١٦).

إن اتجاهاتهن تنزع نحو تفضيل القيم الصالحة الإيجابية، القيم التي تشربنها بشكل مباشر وغير مباشر شعوري أو لا شعوري ـ من الأم التي حملت العبأين، عبأها كأم، وهو دور تقوم به راضية، وتقوي عليه بحكم طبيعتها التي فطرها الله عليها، وعبأها كأب وهو الأصعب والأشد الذي يحتاج قدرات وإمكانات خاصة ربما لا تتوافر في الكثير من الأمهات، إنه ـ من وجهة نظر الباحث ـ دور كامن للأم، لا يبرز صراحة، لكنه يكشف عن نفسه فيما تفضله بناتها من السعي نحو النجاح وتحقيق الذات.

إن فاقدة الأب أمامها سبيلان ـ من وجهة نظر الباحث ـ السبيل الأول: الجنوح نحو فقدان الهوية والذات، والميل نحو السلبية، وربما نحو الضياع، خصوصاً لو فقدت الأم السيطرة على بناتها في حالة وفاة الأب الذي يخشي ولو في غيابه، يعمل حسابه مهما يكن، لكن مع فقدانه، وكما سبق أن ذكر تتبدل أمور كثيرة وربما يفلت الزمام تماماً من الأم خصوصاً مع كبر

بناتها وتقدمهن في العمر. والسبيل الثاني: تحقيق الذات واستقلالها والتفرد والطموح والبعد عن الاستهتار، وأن يكون لها مكان.

إن حرمانهن من الأب أكسبهن قدراً كبيراً من الإيجابية، في كنف أم لم تتزوج بعد وفاة زوجها، قدراً جعل قيمتي النجاح في العمل واستقلالية الذات هدفهن ودافعهن نحو إيجاد مكان يساعد على حفظ توازنهن، خصوصاً مع تأثرهن سلبياً من الناحية النفسية وجنوحهن نحو الوحدة النفسية والقلق والاكتئاب وعدم الثبات الانفعالي، كما سيرد فيما بعد. لقد تغلغلت هاتان القيمتان في نفوسهن شعورياً أو لا شعورياً وصارتا تدفعهن نحو التفرد والجدية والسعي نحو النجاح وإحراز مراكز متقدمة أعلى مما حققه والدهن، وإن كان للباحث تحفظ على هذا خصوصاً وأن والدهن قد توفي في سن مبكرة من عمرهن، فأنى لهن بمعرفة قيمة مركز والدهن كي يسعين نحو تحقيق مركز أفضل مما حقق الوالد. لكن ربما يكون للأم دور في هذا خصوصاً وأنهن كلما يكبرن في السن يكون سؤالهن عن الغائب الحاضر وهو السؤال الذي لم ولن ينقطع أبداً.

ويري الباحث أنه في الحالات التي تؤثر فيها وفاة الأب تأثيراً ضاراً على أبنائه بصفة عامة وعلى بناته بصفة خاصة، ولا تكون هناك عوامل غير مواتية تسبب الأضرار والمشاكل لأبنائه، في هذه الحالات تجد الأبناء في أحيان كثيرة يسعون نحو تعويض فقدان الأب، وسبلهم في هذا متعددة ومتسعة، لكنها كلها تنصب في بوتقة واحدة، وهي أن يكونوا هم كما ينبغي أن يكونوا، وأن يشار إليهم على أنهم حققوا شيئاً جيداً في حياتهم وأن ينظر إليهم نظرة إيجابية على أنهم شئ ذو قيمة. وفي الأعم يكون سعيهم نحو تحقيق كل دوافعهم ورغباتهم واتجاهاتهم وأهدافهم، لا شعورى، وربما يدركون هذا حين يكبرون وربما لا يدركون على الإطلاق، لكن سعادتهم تكمن

في أنهم يقولون للناس نحن هنا حققنا مكانتنا كما لو كان الأب بيننا، وما أجملها من سعادة، وما ألذه من طعم للحياة عندما تكون آخر لقيماتها شهية بطعم إشباع الذات. والسعي نحو إثبات الوجود ـ كما يري الباحث ـ يجعلهم يتسمون بقدر من الأنا لا النحن، والذي لولاه ما كانت لهم شخصياتهم المستقلة المتفردة.

وبمقارنة النتيجة التي كشفت عنها نتيجة الفرض الثاني مع نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بمتغير أخلاقيات النجاح في العمل، لم يجد الباحث ـ حسب حدود علمه ـ دراسة تناولت هذا المتغير من قبل على عينتي بحث كما في الدراسة الحالية، أما بالنسبة لمتغير استقلال الذات فنشير إلى أنه في الوقت الذي كشفت فيه الدراسة الحالية عن أن فاقدات الأب يتسمن باستقلالية الذات، نجد دراسة (رشدي عبده، ١٩٨٧) تؤكد على أن فقدان الأب يسبب عدم قدرة بناته على الاستقلال، وأنهن يملن إلى الخضوع، وهو ما يتعارض مع نتائج الدراسة الحالية التي تؤكد استقلاليتهن وتفردهن، ولعل السبب في هذا ـ كما يري الباحث ـ أن طالبات عينة دراسة (رشدي عبده) قد تزوجت أمهاتهن بعد وفاة الأب، ومن ثم كان تأثير زوج الأم سلبياً عليهن حيث لم يتمتعن بما يعوض حنان الأب الأصلي، وربما كان لتأثير زوج الأم عليهن ما جعلهن يتجهن نحو عدم الاستقلالية والميل للخضوع له، وربما أيضاً لغياب دور الأم التي صارت لا تربي بمفردها بل بمشاركة رجل آخر هو زوجها.

وربما ما يؤكد هذا أن المراهقات فاقدات الأم قد يتميزن بسرعة الانفعال وتقلب المزاج والاكتئاب وظهور مظاهر اليأس والكآبة، مع ميلهن إلى التشاؤم. وكل هذا ربما يكمن وراءه زواج الأم بعد وفاة الأب، وإن كان الباحث لا يرجح هذا على طول الخط حيث أن هناك أزواجاً لأمهات يقومون

بأدوار عظيمة مع أبناء زوجاتهن ويقومون بدور الأب غير الطبيعي كأفضل ما يكون، وربما أفضل من الأب نفسه لو كان على قيد الحياة، والأمثلة عديدة على هذا، أما في دراسة "نن وباريش" (Nunn and Parish, 1987) وفي مجال المقارنة بين المتوفي آباؤهن والمطلقات أمهاتهن، تبين أن فاقدات الأب يدركن أنفسهن بشكل إيجابي أكثر من أمهاتهن، ويعطين صورة جيدة عن أنفسهن، وأيضاً في دراسة (راوية محمود، ١٩٩٧) فقد توصلت إلى أن مفهوم الذات (الجسمية والأخلاقية والاجتماعية) أعلى لدى كل من الذكور والإناث المحرومين من الأب بالوفاة، وذلك مقارنة بمن طلقت أمهاتهن من الذكور والإناث، كما تميزت الإناث المحرومات من الأب بالوفاة بأن مفهوم الذات الجسمية والأخلاقية كان أعلى لديهن مقارنة بمن طلقت أمهاتهن.

إن النتيجة التي توصلت إليها الدراسة الحالية، وكذلك الدراسات السابقة، بشأن الحرمان كلية من الأب بالوفاة، تعكس – من وجهة نظر الباحث – تأثير غياب الأب نهائياً بالوفاة عن وجوده في الصورة – بالغياب أو الطلاق – ولو بشكل غير دائم. والرأي أيضاً لدى الباحث – إن جاز له – هو الاعتقاد بأن غياب الأب بالوفاة يكون تأثيره إيجابياً وأفضل على أبنائه، وذلك مقارنة بمن يغيب آباؤهم لظروف الطلاق أو الهجر أو غير ذلك، فالمتوفي والده أدرك أنه لن يراه ثانية وعليه أن يتعامل مع هذا الوضع. أما "المفارق" أو من هجره أبوه بالطلاق أو غيره، فصورة الأب ماثلة أمامه وهو لم يفقده، وربما يؤثر هذا على صورته عنده فتهتز وتؤثر على صحته النفسية وغير ذلك. وقد يؤكد هذا ما أسفرت عنه دراسة كل من (دراسة "بيرتي وديفيتوريو" (Pertti and DiVittorio, 1992) ودراسة (فاتن أبو صباع، ١٩٩٢) من أن غياب الآباء بالطلاق أو الهجر، أو غير ذلك كما في حالات اللقطاء الذين لا يعرفون هويتهم ولا من آبائهم أو أمهاتهم، يجعلهم يتسمون

بفقدان تقديرهم لذواتهم وضعف الأنا والتأخر الدراسي والإحساس بالفشل، وهي خصائص تتعارض تماماً مع استقلالية الذات وأخلاقيات النجاح في العمل التي من أهم مميزاتها أن الفرد يسعده أن يكون من أوائل الطلبة لا أن يكون متأخراً دراسياً بعيداً عن الطموح والسعي نحو تحقيق مركز متقدم والتفكير في المستقبل البعيد مع التضحية بإشباع الرغبات الحاضرة وإرضائها من أجل تحقيق إشباعات أعظم في المستقبل.

ثانياً: بالنسبة لمتغير الاهتمام بالمستقبل:

أبرزت النتائج عدم وجود فرق دال إحصائياً بين عينتي البحث في هذا المتغير، وإن كان المتوسط أعلى نسبياً لصالح فاقدات الأب، ووفقاً للنتائج وقيمة متوسطي العينتين وما يتضمنه المتغير، فإن النتيجة تعني أنهن يهتمن بالمستقبل كقيمة تقليدية مقابل الاستمتاع بالحاضر كقيمة عصرية، فالحاضر لا يهم مقابل ما يأملنه من المستقبل والغيب البعيد، أي أن قيمة الحاضر تقل عندهن مقابل أو من أجل المستقبل، إنهم ينكرن إشباع الحاجات الحاضرة وإرضاءها لتحقيق إشباعات أعظم في المستقبل. وهن يشعرن أن المستقبل مليء بالفرص لهن.

والنتيجة بهذا المعنى قد تكون منطقية، نظراً لأن الاهتمام بالمستقبل يمثل قيمة هامة لدى كل البشر، خصوصاً وأن المستقبل يمثل غيباً لا يعرفه أحد، ولا يعرف ماذا ينطوي عليه. والمستقبل بصفة عامة لدى كل البشر يمثل غموضاً، وكل ما هو غامض وغير معروف ولا يمكن التنبؤ به، من الغالب أن يكون محل اهتمام كل البشر. لكن السؤال الذي يبرز في ذهن الباحث هو: هل يتماثل التفكير في المستقبل لدى عينتي البحث؟ وبمعني آخر هل تتشابه الآمال والأحلام والطموحات في المستقبل بين من لا أب لهن ومن لهن أب؟ هل ما

ترجوه فاقدة الأب من المستقبل يختلف أو يتشابه مع من تعيش مع أبويها؟ وفيما الاختلاف؟ وفيما التشابه؟ وهل قلق وترقب فاقدات الأب للمستقبل البعيد يتماثل مع قلق وترقب المستقبل غير فاقدات الأب؟ كلها أسئلة نأمل أن نجد لها إجابة في بحث تال.

وباستعراض التراث السيكولوجي الممثل في الدراسات السابقة، لم يجد الباحث ـ حسب حدود علمه ـ دراسة تناولت هذا البعد القيمي بالدراسة لدى فاقدات الأب، مما يأمل معه الباحث أن يكون إضافة إلي مجال الدراسات النفسية.

الفرض الثالث:

نص الفرض الثالث على وجود فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغير التشدد في الخلق والدين لصالح غير فاقدات الأب، والجدول التالي يوضح نتيجة الفرض:

جدول رقم (٣)
يوضح نتائج اختبار (ت) بين عينتي البحث
في متغير التشدد في الخلق والدين

العينة / المتغير	فاقدات الأب		غير فاقدات الأب		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
التشدد في الخلق والدين	١١,٧	٣,٩	٧,٩	٢,٥	٨,٥٦	٠,٠١

بالنظر في جدول (٣) تبين أن هناك فرق إحصائي دال عند مستوي (٠,٠١) لصالح غير فاقدات الأب، وبالتالي فإن الفرض لم يتحقق.

مناقشة نتيجة الفرض الثالث:

لقد صاغ الباحث هذا الفرض وفي يقينه أن وجود الأب والأم معاً إلي جوار بناتهما إنما يمثل دور الضابط للسلوك، الباث في معتقدات بناتهما قيم

الدين والخلق، وعلى أساس أن وجود أبوين معاً يمثل قيمة قوية تؤدي إلي التحكم في السلوك خصوصاً منذ الصغر، وخصوصاً التناوب في المراقبة والمتابعة، تارة من قبل الأب وتارة أخري من قبل الأم وتارة ثالثة من قبل الاثنين معاً. فالأب – من وجهة نظر الباحث – تعاونه الأم، يبثان القيم الدينية والخلقية منذ الصغر في نفوس وضمير أبنائهما ولا يمكن القول بأن الأب دون الأم له السبق أو الأكثرية في هذا، بل أحياناً ما تتفوق الأم أو العكس في تلقين الأبناء كل معايير وقيم الدين والخلقيات التي ينبغي أن يكون عليها أبناؤهما.

أما بالنسبة لمن مات آباؤهن، فالمسئولية هنا تقع كاملة على كاهل الأم وحدها، وربما يعاونها أحد كالخال أو العم، لكنه لن يكون كالأب في وجوده الدائم مع أبنائه. هنا تضعف وتقل قوة القيم والأخلاقيات التي يمكن بثها في نفوس وضمير الأبناء. هذا بخلاف أن تشرب الأولاد وتمثلهم لأوامر الأم فيما يتعلق بطاعة الله سبحانه وتعالي إرضائه يكون أقل بحكم طبيعة الأم وقربها من أولادها، وأنها تمثل الجانب الطيب المتسامح، بخلاف الأب الذي يرهبه الأولاد ويطيعون كلامه بل وتخوف الأم أبنائها به، مما يطبع في ذاكرتهم صورة عن الأب تعني الالتزام بما يأمر به، وتنفيذ ما يطلبه وغير ذلك. أما الأم فالكل يعرف أنه يكمن خلف ما يمكن أن تأمر به وتطلب طاعتها فيه، وما تبثه فيهم من قيم وأخلاقيات تلزمهم بها، يكمن خلف هذا مساحة يتسللون فيها لكسر أوامرها وعدم طاعتها في أحيان أخري، وهم يعلمون يقيناً أنها ستسامح، بل لن تخبر الأب وغير ذلك. صحيح أن هذا ليس قاعدة، فهناك أمهات لا تنكسر لهن شوكة ولا تتبدل لديهن كلمة، فهن كالسيف الباتر فيما يمضي، ولا يشق لهن غبار، لا يعصين، وسلطتهن على أولادهن في أحيان كثيرة تكون أشد من سلطة الأب حتى في وجوده.

ويبدو أن أمهات فتيات عينة فاقدات الأب من هذا النوع، فإحساسهن بأنهن يتحملن بمفردهن عبء تربية البنات وما أشده من عبء، جعلهن أشد في تنشئة بناتهن على تحمل الآلام والمقاساة مع مرور الزمن خصوصاً بعد وفاة الأب، كما أنهن لقن بناتهن، بل كون لدىهن الكثير من المعتقدات عن كل ما هو صواب وخطأ، وأن تكافح بناتهن من أجل إرضاء الله سبحانه وتعالي، بل إنهن غرسن في بناتهن القدرة على حل كل المشكلات الصعبة، كما أنهن قد ربين بناتهن على قيمة عظيمة تتمثل في إدراك أن الاحترام سمة أساسية وأنها أهم شئ في الحياة، بل وأنهن قد عملن على حث بناتهن على إتقان العمل حتى ولو لم تكن بناتهن خبيرات فيه.

إن المجتمع المصري ينظر إلي الأرمل أم الأولاد نظرة خاصة، تختلف كلية عن النظرة إلي الزوجة التي تعيش في كنف زوجها أو إلي الزوجة التي طلقت من زوجها. إن كل من يحيط بها ينتظر كيف ستكون تربيتها ورعايتها لأبنائها ذكوراً وإناثاً؟ تتابعها العيون، وتترقبها في كل لحظة من هنا وهناك، من الأهل وغير الأهل، ولعل هذا هو ما قد يدفع الأم إلي أن تدقق في كل كبيرة وصغيرة تتعلق ببناتها موضوع الدراسة، فهي تحاول أن تجعل بناتها مميزات خلقاً وديناً، أن تثبت للكل أنها نجحت في تربيتهن بل وتعليمهن ودخولهن مرحلة التعليم الثانوي العام، بل وإعدادهن علمياً للمرحلة الجامعية فيما بعد.

ولعل تحمل الأم والمقاساة الناشئة عن وفاة الأب وما كان يمثله من قيمة هامة في المنزل، ثم الحرمان كلية منه، ولعل القيود التي تفرضها الأم على بناتها أو من يساعدها في تربيتهن من الأخوال أو الأعمام أو غيرهم، ولعل إدراك فتيات العينة فاقدات الأب أنهن يختلفن في أشياء كثيرة مقارنة بمن يعشن مع آبائهن، لعل كل ما سبق أو غيره يكون السبب في الوصول إلي هذه النتيجة.

والنتيجة بهذا المعنى تعني أن فاقدات الأب أبعد ما يكن عن النسبية والتساهل، فحياتهن محسوبة وخطواتهم معدودة بل وأنفاسهن أيضاً. إنهن يأخذن حياتهن مأخذ الجد، فوفاة والدهن في فترة حرجة من حياتهن وهي مرحلة الطفولة المتأخرة ومروراً بمرحلة المراهقة، هذه الوفاة ربما قد يكون وراءها إبعادهن عن التسيب الخلقي والدىني، وربما كان لفقدان الأب ميزة اكتسبنها وهي أنهن صرت يعتمدن على أنفسهن، يدركن الفرق بين الصواب والخطأ، وأنهن أكثر قرباً من الله سبحانه وتعالي، والقرب من الله، يهدي البصيرة ويساعد على إدراك الصواب، والوصول إلي ما يريده الإنسان. وأخيراً كم من فاقدي للأب وفاقداته قد حققوا ما لم يحققه من يعيشون في كنف الأب، بل هناك من فقدوا الوالدىن معاً، فلم يقف هذا عقبة أو غيره في الطريق، بل كان نبراساً ساعد على اجتياز الصعاب تلو الصعاب، وتحقيق الصعب من الأمنيات، بل ارتقوا سلم النجاح العلمي والدنيوي خطوة خطوة حتى حققوا ذواتهم وصاروا مثلاً يحتذي به.

وباستطلاع التراث السيكولوجي الممثل في الدراسات السابقة نجد ندرة واضحة في بحث هذه القيمة لدى فاقدات الأب بالوفاة. وحسب حدود علم الباحث، هناك دراستان: الأولي أجنبية: وهي دراسة هيثرينجتون ومارتن (Hetherington and Martin, 1979) التي أشارت إلي أن غياب الأب يسبب ضعف الإحساس بالضمير، وضعف الإحساس بالصواب والخطأ، وهي نتيجة تتعارض تماماً مع ما توصلت إليه الدراسة الحالية، وأغلب الظن أن هذا راجع لاختلاف الثقافات، والتنشئة الدىنية والقيمية والتقاليد، ففتاة الشرق المصرية لا مجال للمقارنة على الإطلاق بينها وبين غيرها من المجتمعات الغربية، من حيث التمسك بالدىن والعادات والتقاليد السائدة في المجتمع، كما

أن الأم في مصر تختلف كلية عن الأم الأجنبية. والكلام عن هذا كثير ولا مجال للحديث عنه هنا.

أضف إلي هذا أن عادات وتقاليد المجتمع المصري هي التي تحكم سلوك الفتاة المصرية بشكل لا يجعلها تقترب من الانفتاح أو هجر المنزل في سن مبكرة أو الإقامة مع صديق كما يحدث في الغرب. ويتأكد هذا من خلال الدراسة الثانية: الدراسة العربية، وهي دراسة (راوية محمود، ١٩٩٧) التي أكدت نتائجها على أن المحرومات من الأب ترتفع لدىهن متوسطات الذات الأخلاقية، وذلك في مجال المقارنة بينهن وبين المطلقات أمهاتهن. وربما يكون هذا راجعاً للسبب السابق ذكره، وهو أن المتوفي والدهن يدركن الحياة على نحو أفضل ممن فقدن والدهن بالطلاق. فوفاته تجعلهن يدركن أن أحد جناحي الحياة قد مات ورحل ولن يعود ثانية، وأن عليهن الاعتماد على أنفسهن، وأن يسعين نحو التميز الخلقي والدىني وأن يحققن ذواتهن، وغير هذا كثير.

الفرض الرابع:

نص الفرض الرابع على وجود فروق إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغيري السيطرة والمسئولية لصالح فاقدات الأب. والجدول التالي يوضح نتيجة الفرض:

جدول رقم (٤)
يوضح نتائج اختبار (ت) بين عينتي البحث
في متغيري السيطرة والمسئولية

العينة / المتغيرات	فاقدات الأب		غير فاقدات الأب		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
السيطرة	٢٣,٧	٥,٠٥	٢١,٩	٥,٩٥	٢,٤١	٠,٠٥
المسئولية	٢٢,٧	٥,٨	٢٠,٧	٦,٥٨	٢,٣٨	٠,٠٥

بالنظر في جدول (٤) يتبين أن هناك فرقاً دالاً إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغيري السيطرة والمسئولية لصالح فاقدات الأب، وبذلك يكون الفرض قد تحقق.

مناقشة نتيجة الفرض الرابع:

أولاً: بالنسبة لمتغير السيطرة:

عند تفسير هذه النتيجة بالنسبة لمتغير السيطرة أولاً، نجد أن هذه النتيجة التي أفرزتها الدراسة الحالية تتكامل مع ما سبقها من نتائج، فإذا كانت السيطرة تعني الميل إلي أخذ الزمام في تحديد سلوك شخص أو جماعة الغير - عكسه الانقياد أو الخضوع ، أو هي نزعة لاتخاذ الدور القيادي، أو السيطرة في العلاقات مع الآخرين، (كمال دسوقي، ١٩٨٨، ١٢٩)، فإن هذا يتفق تماماً مع ما أسفرت عنه الدراسة الحالية بالنسبة لفاقدات الأب، فسلوكهن لا يتسم بالخضوع أو التبعية لأحد، وهن إذا كن يتسمن باستقلالية الذات، فهن هنا يملن إلي اتخاذ القرار مستقلات عن غيرهن، وإذا كن لا يتسمن بالتساهل والنسبية، وأنهن لدىهن القدرة على حل المشكلات الصعبة، فهن بهذا المعنى وكما تشير دلالات المتغير واثقات من أنفسهن، وجازمات في علاقتهن بالآخرين، وأخيراً، دائماً ما يتخذن دوراً نشطاً في الجماعة، بغرض - كما يري الباحث - إثبات ذواتهن والتعبير عن أنفسهن وإبراز مكانتهن.

ثانياً: بالنسبة لمتغير المسئولية:

أما المتغير أو السمة الشخصية الثانية وهي المسئولية التي كانت دلالتها لصالح فاقدات الأب، مما يشير أيضاً إلي أن هذه النتيجة تتكامل مع ما سبقها أيضاً. فإذا كانت النتيجة تشير إلي قدرتهن على الاستمرار في أي عمل يكلفهن به، وأنهن مثابرات مصممات، ويمكن الاعتماد عليهن، فقد تأكد هذا

من قبل عندما أشارت النتائج السابق ذكرها إلي أنهن لا ينظرن إلي العمل نظرة تسلية، وأنهن يعملن باجتهاد أفضل من غيرهن، وحين يكلفن بالعمل، فإنهن يجتهدن على نحو أفضل من الأخريات، وأنهن ينجزن العمل كله، ويتقن أي عمل يوكل إليهن، حتى إذا لم يكن خبيرات فيه.

ونتيجة هذا الفرض لم تشر ـ حسب حدود علم الباحث ـ إليها أي دراسة سابقة سواء من حيث المتغيرين أم من حيث طبيعة العينة ذاتها التي فقدت والدها في مرحلة الطفولة المتأخرة (قبل ٣ سنوات على الأقل) وامتداداً إلي مرحلة المراهقة. غير أن هناك دراسات أشارت إلي أن غياب الأب سواء بالطلاق أو الهجرة، أو بموت الوالدين وإقامة الأبناء بمؤسسات الأيتام يؤثر تأثيراً سلبياً على شخصية الأبناء، من هذه الدراسات دراسة (عزة الألفي، ١٩٨٦) التي أكدت على أن الحرمان من الأب يسبب للأبناء التعاسة والضياع والإحساس بالنبذ، وهو ما لا يتفق وأخلاقيات النجاح والاستقلالية، وإثبات الذات والثقة بها، والمثابرة والقدرة على الإنجاز. كما تبين دراسة "جريج وجيان وباميلا" (Greg; Jeanne and Pamela, 1994) أن الفتيات يشعرن بأنهن متخلي عنهن ومهجورات، وهو ما يتعارض أيضاً مع إحساسهن بالمسئولية، وإدراك الذات واتسامهن بالسيطرة لا بالخضوع والإحساس بالدونية، كما جاء في دراسة (فاتن أبو صباع، ١٩٩٢).

ويبدو هنا، وهو الاعتقاد الأغلب ـ كما يري الباحث ـ أن تأثير وجود الأم، ودورها الكامن غير الظاهر هو وراء كل ما سبق من تميز عينة فاقدات الأب، بكل ما سبق من قيم، وسمات شخصية.

والسؤال الذي يرد الآن هو: هل وفاة الأب تولد لدى الفتيات بناته (عينة البحث) شعوراً ذاتياً بأنهن يتحملن مسئولية سلوكهن الخاص، وأنهن يقتنعن بما يفعلن، ويتحمسن لدورهن في الحياة الاجتماعية دون تقاعس أو

تردد كما لا تساورهن مشاعر الندم على سلوكهن، كما أنهن لا يعانين كفاً من الداخل تحسباً للآثار التي تترتب على سلوكهن كما يتحملن مسئولية الاختيار في مواقف الحياة، دون إحساس داخلي بالصراع في مواقف الاختيار، بحيث يتوافر لديهن إحساس عميق بالمسئولية، فلا يخشين ولا يترددن في الاختيار، لأنهن مستعدات لتحمل مسئولية اختيارهن، وباختصار أو بمعني آخر، هل هو شعور واضح بالمسئولية الذاتية؟ (شاكر قنديل وآخرون، ١٩٩٣ : ٧١٩).

الفرض الخامس:

نص الفرض الخامس على وجود فروق ذات إحصائية دالة بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغيري الثبات الانفعالي والاجتماعية لصالح غير فاقدات الأب. والجدول التالي يوضح نتيجة الفرض:

جدول رقم (٥)
يوضح نتائج اختبار (ت) بين عينتي البحث في
متغيري الثبات الانفعالي والاجتماعية

العينة / المتغيرات	فاقدات الأب		غير فاقدات الأب		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الثبات الانفعالي	١٧,٤	٥,٠٩	٢٠,٢	٤,٧	٤,٢٢	٠,٠١
الاجتماعية	١٢,٦	٦,٩	١٥,٤	٦,٠٤	٣,١٩	٠,٠١

بالنظر في جدول (٥) يتبين أن قيمة (ت) دالة إحصائية عند مستوي (٠,٠١) بين فاقدات الأب وغير فاقدات الأب في متغيري الثبات الانفعالي والاجتماعية، لصالح غير فاقدات الأب، وبذلك يكون الفرض قد تحقق.

مناقشة نتيجة الفرض الخامس:

أولاً: بالنسبة لمتغير الثبات الانفعالي:

إذا كان الثبات الانفعالي سمة تميز الذين يكونون عادة بمنأى عن القلق والتوتر العصبي والحساسية الزائدة والعصبية، والذين يمكنهم تحمل الإحباط، كما أنه يميز المتحررين من التغيرات أو التقلبات الحادة في المزاج (عبد المنعم الحفني، ١٩٩٤، ٢٦٥) وإذا كان يعني درجة من الضبط الذاتي والتناسب بين الاستجابة ونوعية المثيرات في ضوء المتوقع اجتماعياً، مع وضوح درجة من الاستقرار والاتساق الانفعالي مع البعد (كما سبقت الإشارة) عن التقلبات الحادة الشديدة (مصطفي كامل وآخرون، ١٩٩٣: ٢٦٦) فإن هذا – من وجهة نظر الباحث – لا ينطبق على فاقدات الأب، ذلك لأنه تحت كل الظروف، إذا نجحت الأم في جوانب عديدة، فهناك جوانب تفشل في إزالة آثارها عن بناتها فاقدات والدهن، ومهما فعلت أو قدمت لبناتها، ومهما وقفت إلي جوارهن تخفف عنهن مأساة حرمانهن منه وهن صغيرات السن، فإن رحيله في فترة مبكرة من عمرهن، يؤثر سلباً على حياتهن في كل شئ، وأهم هذه الأشياء احتياجهن الشديد له، أن يكون بجوارهن منذ نعومة أظفارهن.

إن الرحيل ينقش على نفوسهن بعض مظاهر اعتلال الصحة النفسية من قلق، وتوتر واكتئاب ووحدة نفسية، وشعور بالعزلة والاغتراب وضيق عالمهن الاجتماعي، وخبراتهن المعايشية والحياتية. إنه يغرس في النفس ألماً نفسياً رهيباً، يزداد مع الوقت ومع تقدمهن في العمر، خصوصاً في كل موقف تمر به الفتاة، ويتطلب الأب ولا تجده بجوارها.

ولعل أبرز المظاهر التي أفرزتها الدراسة، التي تؤكد أن رحيل الأب يؤثر على الصحة النفسية لبناته، ومن ثم يؤدي إلي اضطرابهن نفسياً،

وجعلهن أكثر اكتئاباً، وأكثر إحساساً بالوحدة النفسية، كما أن متوسط درجاتهن على متغيرات القلق كسمة والقلق كحالة كان أكبر من متوسط درجات من لم يفقدن آباءهن، وإن الفرق في المتوسط فيما يتعلق بمتغير القلق كحالة كان دالاً لصالحهن كما سبقت الإشارة.

وكيف يتأتي الثبات الانفعالي والقلق حليفهن والتوتر العصبي رفيقهن والحساسية الزائدة والعصبية إمامهن، إن المواقف التي تواجهها الفتاة فاقدة الأب في حياتها حتماً ستصيبها بالقلق والتوتر وغير ذلك من مظاهر عدم الاتزان الانفعالي، إنها مواقف لا غني عن وجود الأب فيها، فهي بدايةً تحتاجه في المنزل، في عملية تنشئتها وإعدادها للحياة، ومدها بالخبرات وإشعارها أنها ليست بمفردها، ثم بعد ذلك تتعدد المواقف، منها على سبيل المثال لا الحصر، المدرسة، وما أكثر المواقف والمناسبات التي تحتاج فيها الفتاة أباها في المدرسة خصوصاً وهي تري أن زميلة لها صادفتها مشكلة مع المدرسة وحلها أبوها بتواجده معها، أما فاقدة الأب فمن أين لها بأب يحل لها مشاكلها مع المدرسة. وفي الأعياد، خصوصاً الأعياد الدينية وهي تري أن غيرها تذهب مع والدها لتشتري ملابس العيد، أو تخرج معه للتنزه وغير ذلك. وعندما تكبر الفتاة ويتقدم لخطبتها شخص ما، من سيقابله؟ ومن سيتفق معه؟ ومن سيبحث إن كان يصلح لها أم لا؟

إن المواقف التي تحتاج فيها الفتاة أباها عديدة ولا حصر لها، وكلما مر بها موقف يتطلب وجوده، ولا تجده وخصوصاً عندما لا يمكن لغيره أن يحل محله أو يكون في موقف مكانه، كل هذا يتراكم ـ نفسياً ـ لديها ويؤدي مع مرور الوقت إلي اضطراب صحتها النفسية. إن الحرمان المبكر من الأب قاس ومؤلم، ويهز مشاعر ووجدان الأبناء خصوصاً الأطفال منهم، ولا يشعر بهذا إلا من عايش تجربة الحرمان الأبوي.

وعلى صعيد الدراسات السابقة نجد ما يتفق مع ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية، ففي دراسة كل من (رشدي عبده، ١٩٨٧؛ ودراسة سميرة إبراهيم، ١٩٨٧؛ ودراسة "دينيس" Denise, 1992؛ ودراسة فاتن أبو صباع، ١٩٩٢؛ ودراسة رشاد على، ١٩٩٣؛ ودراسة دايفيد وجون وميشيل David John and Micheal, 1994؛ ودراسة ستيفاني وآخرون Stephanie, et.al., 1996؛ ودراسة رونالد جاكلين Ronald and Jacqueline, 1996؛ ودراسة راوية محمود، ١٩٩٧)، كل هذه الدراسات أكدت على أن فاقدات الأب يتميزن بسرعة الانفعال واضطراب وتقلب المزاج والميل إلي التشاؤم، وأنهن كثيرات المشاكل الانفعالية، وأقل توافقاً على المستوي العام، وعلى المستوي الصحي والانفعالي والنفسي، كما أنهن يشعرن بالتمزق. كما أكدت هذه الدراسات على أنهن يعانين من مشاكل سلوكية مثل السرقة والكذب والتبول اللاإرادي، وأخيراً سرعة الاستثارة. وهي كلها خصائص ترتبط بالقلق والتوتر العصبي والحساسية الزائدة والعصبية، وبالتالي ترتبط بعدم الثبات الانفعالي.

ثانياً: بالنسبة لمتغير الاجتماعية:

أما المتغير الثاني وهو الاجتماعية والذي كانت دلالته لصالح غير فاقدات الأب، مما يعني أن وجود الأب بجوارهن يجعلهن يتميزن بحب مخالطة الناس والعمل معهم، والرغبة في التجمعات، وفي مزيد من الاتصالات الاجتماعية. وتفسير ذلك يؤكد أن وجود الأب يسهم بشكل فعال بل ومؤثر في اجتماعية بناته، ذلك أن وجوده يمثل قيمة هامة في حياة الأبناء، إنه يساعدهم على إقامة علاقات مع الآخرين ممن يتصلون بهم من المحيطين بهم من الأهل والأصدقاء وغيرهم، وبعضهم مثلاً لهم أبناء، ووجودهم يزيد من درجة تفاعل الأبناء مع بعضهم البعض، وبمعنى آخر فهو يوسع دائرة اتصالاتهم

الاجتماعية، وغيابه يؤثر كثيراً، فهو يقلص من دائرة الاتصالات، كما سبق الإشارة إليه عند مناقشة الفرض الأول.

وهذه النتيجة تؤكد أن الوحدة النفسية وما يرتبط بها من افتقاد التقبل والحب والتواد من قبل الآخرين، وكذلك ما يرتبط بها من شعور الفرد بالاغتراب والانفصال عن نفسه، وكذلك اختلال حياته النفسية واهتزاز معاييره، كل ذلك يجعل الفرد يجنح نحو العزلة والبعد عن الاجتماعية وحب الاختلاط وتعدد الصلات والاتصالات مع الآخرين، وهو ما ينطبق على عينة فاقدات الأب من خلال ما أسفرت عنه نتائج هذه الدراسة، وهذه النتيجة أيضاً تؤكدها الدراسات السابقة، ففي دراسة كل من "هاريس وجولد وهندرسون" (Harris; Gold and Henderson, 1991) ودراسة "دايفيد وآلان" (David and Alan, 1996) ودراسة (راوية محمود، ١٩٩٧) تبين أن فقدان الأب يؤثر في درجة تفاعل بناته فهن أقل تفاعلاً في مجال التفاعلات الاجتماعية، كما ينخفض مفهوم الذات الاجتماعية لدىهن بل هن أقل توافقاً اجتماعياً.

ونختتم هذا بالإشارة إلي غياب الأب في حالات الطلاق وغيرها أو فقدان الوالدىن معاً، يؤثر على درجة التفاعل والاتصال الاجتماعي بالآخرين، فقد أكدت دراسة جريج وجيان وباميلا (Greg; Jeanne and Pamela, 1994) على أنهن غير اجتماعيات، وأنهن أقل في كل مستويات التفاعل الاجتماعي المتعلق بالمجتمع. وبالمثل أكدت دراسة (سميرة إبراهيم، ١٩٨٧) انخفاض مفهوم التوافق الاجتماعي لديهن.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

١- إبراهيم عيد (١٩٩٠) الاغتراب النفسي، القاهرة: الرسالة الدولية للإعلان.

٢- إبراهيم قشوش (١٩٨٨) كراسة تعليمات مقياس الوحدة النفسية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٣- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٨٧) قلق الموت، الكويت: عالم المعرفة، العدد (١١١).

٤- السيد فهمي على (١٩٩٤) العلاقة بين الزحام وبعض متغيرات الشخصية والتوافق النفسي، رسالة دكتوراه مودعة بمكتبة كلية الآداب ـ جامعة المنوفية.

٥- السيد محمد خيري (د. ت) كراسة تعليمات اختبار الذكاء العالي، القاهرة: دار النهضة العربية.

٦- السيد محمد محمد فرحات (١٩٩٧) غياب الأب وأثره على الدور الجنسي لدى الأبناء، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي، المجلد الثاني، ص: ٨٦٥ ـ ٩٠٨.

٧- المتولي إبراهيم المتولي (١٩٩٣) دراسة لأساليب الرعاية المقدمة لأطفال المؤسسات الإيوائية وقري الأطفال وعلاقتها بمستوي القلق لدى هم، رسالة ماجستير مودعة بمعهد الدراسات العليا للطفولة ـ جامعة عين شمس.

٨- جابر عبد الحميد جابر (١٩٧٧)، كراسة تعليمات مقياس القيم الفارق: القاهرة: دار النهضة العربية.

٩- جابر عبد الحميد جابر وفؤاد أبو حطب (د. ت)، كراسة التعليمات مقياس البروفيل الشخصي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٠- جون بولبي (١٩٨٠) رعاية الطفل ونمو المحبة، ترجمة: عبد العزيز أبو النور، القاهرة: مؤسسة سجل العرب.

١١- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٧) علم النفس الاجتماعي، ط (٤)، القاهرة: عالم الكتب.

١٢- راوية محمود حسين دسوقي (١٩٩٧) الحرمان الأبوي وعلاقته بكل من التوافق النفسي ومفهوم الذات والاكتئاب لدى طلبة الجامعة، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العددان (٤٠، ٤١)، ص ١٨ ـ ٣٢.

١٣- رشاد على عبد العزيز موسى (١٩٨٨) كراسة تعليمات مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب، القاهرة: دار النهضة العربية.

١٤- رشاد على عبد العزيز موسى (١٩٩٣) علم النفس المرضي: دراسات في علم النفس، القاهرة: دار عالم المعرفة.

١٥- رشاد على عبد العزيز موسى (١٩٩٣) أثر موت الوالدين على الاكتئاب النفسي للأبناء، في: رشاد على عبد العزيز موسى: علم النفس المرضي: دراسات في علم النفس، القاهرة: دار عالم المعرفة، ص ٢٤٧ ـ ٢٦٩.

١٦- رشدي عبده حنين (١٩٨٧) اليتم وأثره على الحالة الوجدانية الوالدية لدى المراهق، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد الثاني، ص ٣٨ ـ ٤٧.

١٧- روس د. بارك (١٩٨٧) الأبوة، عرض: ممدوحة سلامة، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤)، ص ١٢٩ ـ ١٣٣.

١٨- سعد المغربي (١٩٨٨) التنمية والقيم: مسلمات ومبادئ، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص ٦ ـ ١٥.

١٩- سعد جلال (١٩٨٤) علم النفس الاجتماعي: الاتجاهات التطبيقية المعاصرة، الإسكندرية: منشأة المعارف.

٢٠- سعيدة محمد محمد أبو سوسو (١٩٨٦) القيم الدينية والخلقية وأثرها على التوافق النفسي والاجتماعي لدى طالبات الجامعة، الكتاب السنوي في علم النفس، المجلد الخامس، ص ٧٩٤: ٨١٨.

٢١- سميحة كرم توفيق وعبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٧) توجه المراهقين نحو والديهم أو أقرانهم وعلاقته ببعض سمات الشخصية، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العددان(٤٠، ٤١)، ص ٨٠ ـ ٩٦.

٢٢- سميرة إبراهيم (١٩٨٣) مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى الأطفال اللقطاء، رسالة ماجستير مودعة بمكتبة كلية التربية ـ جامعة عين شمس.

٢٣- سهام أحمد الحطاب (١٩٨١) اتجاهات وقيم عينة من مدينة بورسعيد، رسالة دكتوراه مودعة بمكتبة كلية الدراسات الإنسانية ـ جامعة الأزهر.

٢٤- سهير كامل أحمد (١٩٩٢) الانفصال عن الأسرة في الطفولة وعلاقته بمصدر الضبط، مجلة دراسات نفسية، المجلد (٢)، الكتاب الأول، ص ١ ـ ٢٤.

٢٥- شاكر عطية قنديل وآخرون (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة: دار سعاد الصباح.

٢٦- طلعت الحامولي (١٩٩٧) الاستقلال الإدراكي وعلاقته بالتفكير الناقد والقيم، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤٢)، ص ٤٦ ـ ٦٧.

٢٧- عبد الرقيب أحمد البحيري (١٩٨٤) كراسة تعليمات اختبار حالة وسمة القلق، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٢٨- عبد الرقيب أحمد البحيري (١٩٨٥) كراسة تعليمات مقياس الشعور بالوحدة، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٢٩- عبد الستار إبراهيم (١٩٨٨) الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه، الكويت: عالم المعرفة، العدد (٢٣٩).

٣٠- عبد اللطيف محمد خليفة (١٩٩٢) ارتقاء القيم: دراسة نفسية، الكويت: عالم المعرفة، العدد ١٦٠.

٣١- عبد المنعم الحفني (١٩٩٤) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط (٤)، القاهرة: مكتبة مدبولي.

٣٢- عزة صالح الألفي (١٩٨٦) استخدام العلاج الجماعي لتعديل بعض الحاجات والضغوط لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدىة، الكتاب السنوي في علم النفس، المجلد الخامس، ص ٤١٣ _ ٤٢٩.

٣٣- فاتن أبو صباع (١٩٩٢) دراسة مقارنة للمشكلات السلوكية التي يتعرض لها كل من أطفال المؤسسات وأطفال قري الأطفال (S.O.S)، رسالة ماجستير مودعة بمكتبة معهد الدراسات العليا للطفولة _ جامعة عين شمس.

٣٤- كمال إبراهيم مرسي (١٩٧٨) القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة: دراسة تجريبية، القاهرة: دار النهضة العربية.

٣٥- كمال دسوقي (١٩٨٨) ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول، القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.

٣٦- مايكل راتر (١٩٩١) الحرمان من الأم: إعادة تقييم، ترجمة: ممدوحة محمد سلامة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٣٧- محمد أحمد غالي ورجاء محمود أبو علام (١٩٧٣) القلق وأمراض الجسم، القاهرة: مطبعة الحلبوني.

٣٨- محمد محمد سعيد أبو الخير (١٩٩٨) إدراك صور الأب وتقدير الذات لدى الأبناء من الطلاب الجامعيين، مجلة دراسات نفسية، المجلد الثالث، الكتاب الثالث، ص ٤١٩ ـ ٤٥١.

٣٩- مصطفي كامل وآخرون (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة: دار سعاد الصباح.

٤٠- ممدوح الكناني وحسن الموسوي (١٩٩٦) سيكولوجية الطفولة المبكرة، الكويت: مكتبة الفلاح.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

1- Barnes, G. and Pronson, H., (1985) Parental death and depression, Journal of Abnormal Psychology, V. (94), N. (1), 64 – 69.

2- Belsky, J., et.al., (1991) Patterns of material change and Parent – child interaction, Journal of Marriage and the Family, 53, 487 – 498.

3- Clifford, T. Morgan and Richard, A. King (1975) Introduction to Psychology, 5 (ed.), Tokyo: McGraw – Hill Kogakusha, LTD.

4- David, H. Demo and Alan C. Acock (1996) Family structure, family process and adolescent well – being, Journal of Research on Adolescence, 6, 475 – 488.

5- David, M. Fergusson; John Horwood and Michael, T. Lynsky (1994) Parental separation, adolescent psychopatholgoy and problem behaviors, Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33, 1122 – 1131.

6- Deanne Scott Berman (1995) Risk factors Leading to adolescent substance abuse, Adolescence, (30) 201 – 206.

7- Denise, B. Kandel; Emily Rosenbaum and Kevin Chen (1994) Impact of maternal drug use and life experiences on preadolescent children born to teenage mothers, Journal of Marriage and the Family, 56, 325 – 340.

8- Francisco Bolumar, et. al., (1994) Smoking and drinking habits before and during pregnancy in Spanish Women, Journal of Epidemiology and Community Health, 36 – 40.

9- Frank, L. Mott (1994) Sons, daughters and fathers' absence: Differntials in father – Leaving probabilities and in – home environments, Journal of Family Issues, 15, 97 – 128.

10- Frank, L. Mott; Lori Kowaleski Jones and Elizabeth, G. Menaghen (1997) Parental absence and child behavior: Does a child's gender make a difference?, Journal of Marriage and the Family, 59, 103 – 118.

11- Gilbert, J. Bolvin, et.al., (1994) Predictors of cigarette smoking among inner – city minority youth, Developmental and Behavioral Perdiatrics, 15, 67 – 73.

12- Greg, L Duncan; Jeanne Brooks Gunn and Pamela Kato Klebanov (1994) Economic deprivation and early childhood development, Child Development, 65, 296 – 318.

13- Harris, M. S.; Gold, S. R., and Henderson, B. B. (1991) Relationship between achievement and affiliation needs and sex – role orientation of college women whose fathers were absent from home, Perceptual and Motor Skills, 72, 1307 – 1315.

14- Hetherington, E. Mavis (1973) Effects of father absence on personality development in adloescent daughters, Developmental Psychology, 7.3, 313 – 326.

15- Hetherington, E. Mavis and B. Martin (1979) Family interaction, In: H. C. Quay and J. A. Werry, (eds.), Psychopathological disorders of childhood, New York: John Wiley and Sons, 247 – 302.

16- Hetherington, E. Mavis and Ross, D. Park (1993) Child Psychology: A Contemporary viewpoint, 4 (ed.), New York: McGraw – Hill, Inc.

17- Jack Block, et. al., (1988) Parental functioning and the home environment in families of divorce, Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatric, 27y, 207 – 213.

18- Jean Bethke Elshtain (1993) Family matters: The plight of American's children, The Christian Century, July, 14 – 21.

19- John, P. Hoffman (1994) Investigation the age effects of family - structure on adolescent marijuana use, Journal of Youth and Adolescence, 23, 215 – 232.

20- Lee, A. Beaty (1995) Effects of Parental absence on male adolescent's peer relations on self – image, Adolescence, 30, (120) 873 – 880.

21- Louis, B. Silverstein and Carl, F. Auerbach (1999) The essential father, American Psychologist, June, vol. 54, No. 6, 397 – 407.

22- McLanahan, S. and Bumpass, L., (1988) Intergenerational consequences of family disruption, American Journal of Sociology, 94, 130 – 152.

23- Michael, S. Bassis, et. al., (1991) Sociology: An introduction, 4 (ed.), New York: McGraw – Hill, Inc.

24- Michael Workman and John Beer (1992) Depression, suicide ideation, and aggression among high school students whose parents are divorced and use alcohol at home, Psychological Reports, 70, 505 – 511.

25- Nunn, G. D. and Parish, T. S., (1987) An investigation of relationships between children's self – concept and evaluations of parent figures: Do they vary as a function of family structure? The Journal of Psychology, 121 (6), 563 – 566.

26- O'leary, K. D., and Wilson, G. T., (1978) Behavior therapy: applications and outcome, Englewood Cliifs., N. J.; prentice Hall.

في: عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه، الكويت: عالم المعرفة،العدد (٢٣٩).

27- Parridge, S. and Kotler, T., (1987) Self – esteem and adjustment in adolescents from bereaved, divorced and intact families: Family type versus family encironment, Australian Journal of Psychology, 39 (2), 223 – 234.

28- Peretti, P. O., and DiVittorrio, A., (1992) Effects of loss father through divorce on personality of the preschool child, Journal of Instructional Psychology, 19, 269 – 273.

29- Rhonda, E. Denton and Charlene, M. Kampfe (1994) The relationship between family variables and adolescent substance abuse: A literature review, Adolescence, 114, 475 – 495.

30- Ronald, J. Angle and Jacqueline, L. Angel, (1996) Physical comorbidity and Medical Care use in children with emotional problems, Public Health Roprts, 111 – 140 – 145.

31- Stephanie Kasen, et. al., (1996) A multiple – risk interaction model: Effects of temperament and divorce on psychiatric disorders in children, Journal of Abnormal Child Psychology, 24, 121 – 150.

32- Terry, E. Duncan; Susan, C. Duncann and Hyman Hops (1994) The effects of family cohesiveness and peer encouragement on the development alchohol use: A cohort – Sequential approcah to analaysis Longitudinal data, Journal of Studies on Alchol, 55, 588 – 599.

33- Vaden Kiernan, N.; et. al., (1995) Household family structure and children's aggressive behavior: A Longitudinal study of urban elementary school, Journal of Abnormal Child Psychology, 23, no. 5: 553 – 568.

34- Warren, R. Stanton; Tian, P. S. Oci and Phil, A. Silva (1994) Sociodemographic characteristics of adolescent smokers, The Internationa Journal of Addictions, 7, 913 – 925.

35- William Kelly, A. (1956) Educational Pyschology, 4 (ed.), Milwaukee: Bruce Pub., Company.

في: كمال دسوقي (١٩٨٥) النمو التربوي للطفل والمراهق، الزقازيق: مطبوعات جامعة الزقازيق.

الفصل الثالث

البناء العائلي المتصدع وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية

لدى الطفل العامل "دراسة مقارنة"

١ـ المقدمة:

الأسرة هي الأرض التي تنبت فيها أول بذور الطفل، منها يرتشف كل القيم والمبادئ والأخلاقيات، وعليها يرتع وهو آمن على نفسه، يجد من يحتضنه منذ أول إطلالة له على الدنيا، لا يحمل للغد هماً، ولا يأمل من اليوم سوى الفرح والسعادة واللعب، هي التي تحضنه، تمد يدها لتحميه في السواء والمرض، وفي كل الأوقات، إنه بدونها بلا هوية، ولا كيان، ولا معنى، ولا قيمة، ذاته في وجودها، بقاؤه مرهون بها، وجوده لا أهمية له ما لم تكن هي التي أنبتته، تتركه يزرع، يحرث ثماره، يقلب فيها، تصبر عليه حتى تجني معه كل الثمار التي سمحت هي بزرعها، وكلما كان الناتج كما أرادت وأراد، نجد في النهاية طفلاً سوياً من كل الوجوه، صحياً ونفسياً وعقلياً واجتماعياً، أنماطه السلوكية متوافقة مع البيئة والآخرين، ذا انتماء لها وللوطن ولكل ما حوله.

والأسرة هي أفضل مكان ولا مكان سويّ يمكن أن ينمو فيه الطفل إلا أسرته (Lee, 1995: 127)، فمع بداياته الأولى ينمو ضميره ويتطور معتمداً عليها ومتوحداً معها، إنه يوحد نفسه مع أبويه، يفعل كما يفعلان، يقلدهما، واعتماده عليهما، لا يعني في النهاية سويّ أنه سيكون قد عرف الصواب من الخطأ، إذ أن نضج الضمير ونموه إنما يتم بالتوحد الاعتمادية على الوالدين خصوصاً خلال سنوات حياته الأولى (Engle and Snellgrove, 1974: 354 – 355). إن الآباء يلعبون دوراً مهماً في توافق أولادهم، خصوصاً فيما يتصل بنموهم وكينونتهم (Mark, 1997)، بمعنى أن العلاقات الأبوية الحميمة تؤدي إلى التوافق النفسي لأولادهم، وإهمال العلاقة بينهم وبين أولادهم يؤدي إلى سوء التكيف والتوافق (Vicky, 1997)، والأبوة تعني الحب والرعاية للأطفال

ومساعدتهم على النمو، إنها وظيفة تؤدي بطرق متنوعة وأساليب مختلفة، كما أنها ترتبط بمواقف متنوعة (Verdene, 1985: 43) والأب على وجه الخصوص، هو من يجعل للأسرة وجوداً، إنه يساند ويؤيد ويدعم الأسرة كلها، كي يجعلها وحدة واحدة متكاملة، والأم تستمد قوتها منه، وبه يمكنها أن تربي أولادها تربية سوية. (Lee, 1990: 128)، ولأهمية دورها ووجودها في حياة أي إنسان، ينظر إليها على أنها أكثر وحدة جماعية مهمة في معظم المجتمعات، إنها ليست مهمة فقط في حياة الفرد، بل في حياة الأمم والسياسات والتغيرات السائدة في المجتمع (Celia, 1997: 4)، وتبعاً لذلك فهي كنظام اجتماعي تعتبر من أكثر الجماعات تأثراً بالتغيرات الاجتماعية فكما هي تؤثر في حياة الأمم والسياسات، فهي تتأثر بعدة عوامل منها: نظام التربية والتعليم، الرفاهية والرعاية الاجتماعية، والنظام الصحي، والأنظمة السياسية والاقتصادية والقانونية، وتأثرها هذا يؤثر على أفعال أفرادها واختياراتهم وقيمهم واتجاهاتهم ومعتقداتهم (Erica, 1989a;) والأسرة حين تقدم للطفل ما ينبغي أن تقدمه له حتى يحيا حياة كريمة، يستمتع فيها بكل لحظة في عمره، أو تعتبر أسرة إيجابية، ينظر لها على أنها الملجأ والرعاية، فيها الهدوء والدفء والأمن العام، تزرع الحب بين أعضائها فيحب بعضهم بعضاً، كل فرد فيها يتقبل ظروف الآخر، كل أفرادها يحصلون دوماً على دعمها النفسي، فضلاً عن أنها تؤمنهم ضد مخاطر المجتمع، وإذا لم تقم بما سبق نظراً إليها على أنها سلبية، يتسم أفرادها بالعنف واللاتوافق ويوصفون سيكولوجياً بأنهم ذوو اضطرابات عائلية أو أسرية (Stanley, 1983: 562). ولأن الأسرة تتنازعها عوامل عدة، لا تجعلها دائماً قادرة على أداء وظيفتها على الوجه الأكمل، ولأن الكمال مستحيل، لذا ينظر إلى صفات الأسرة السوية على أنها (١) الصورة الوالدية ليست نموذجية أو مثالية، ولكن يبدو الوالد

على علاقة طيبة مع أبنائه، (٢) الأم هي المانحة للحب والعطف والحنان وهي ليست سلبية، ترعى أولادها وتعارضهم في بعض المواقف، ولا يستغل موقفها معهم كأم لإلزامهم بسلوك معين، (٣) أسر الأسوياء بها درجة من التفاهم تمثل الحد الأدنى لخلق جو أسري صحي ويتمثل ذلك في وضوح الأدوار الوالدية وقيام كل والد بدوره السلوكي الذي يتوقعه منهم أطفالهم، (علاء كفافي (١)، ١٩٩٩).

إذا كانت هذه هي الصورة التي – على الأقل – يجب أن تكون عليها، فما بالنا بالأسر التي لا تستطيع أن تكون بمثابة الحماية والأمن وهما أشد ما يحتاجه الطفل على الأخص، فإذا لم يتوفر له حقه في أن يعيش آمناً، بسبب الظروف الأسرية الصعبة التي يمكن أن تتعرض لها الأسرة سواء أكان هذا بشكل كان يمكن للأسر تجنبه لحماية الطفل كحالات الطلاق، أم كان هذا خارجاً عن إرادتها كوفاة أحد الوالدين أو كليهما، أصيب الطفل بالعديد من الاضطرابات وما أكثرها، فمنها مشكلات تتعلق بالنمو، وأخرى باضطرابات السلوك، وكذلك مشكلات القلق، واضطرابات الكلام واللغة، وغير هذا كثير (عبد الستار، ١٩٩٣: ٧ – ٨) كذلك فإن من بعض ما يمنع من النمو المتكامل للطفل ارتباك حالة المعيشة بالمنزل أو تعرض سفينة الزوجية للرياح التي تهددها بالغرق (زكية، ١٩٩٩: ١٧٩).

إن الطفل في حاجة إلي نوع من الوجود الإنساني المشبع من جانب الكبار وذلك في كل مرحلة من مراحل حياته حتى يكون قادراً على استبدال ضعفه بسلوك ثابت ومتزن، كما أن نموه يتأثر تماماً بالبيئة المحيطة به نفسياً واجتماعياً، ويعاني الصغير من قصور شديد في حالة تعرض بيئته الأسرية للأزمات والتوترات (ميريلا، ١٩٩٢: ٢٥ – ٢٦). لذا والطفل حين يعاني ظروفاً قاسية لا يحتملها، وحين يحرم من عطف الكبار ويعاني في طفولته من

نقص الخبرة الاجتماعية فإنه يظهر عجزاً في الاتصال وفي العديد من أنواع السلوك السوي (William, 1981: 257).

إن الطفل أول ضحايا أية ظروف أسرية غير سوية، فإذا كان هو محور اهتمامها وجل تقديرها في سواءها وابتعادها عن المشكلات التي تعتريها والتي قد تؤدي إلى تفككها، فهو أيضاً أول من تهب في وجهه رياح عصفها، فينتقل من حال إلى حال وتتبدل لديه أمور كثيرة وتعتريه المشكلات والاضطرابات النفسية وغير ذلك، وقد يشتد الأمر عليه وعلى عقله الصغير فيجد نفسه مشرداً في الشوارع، أو عاملاً جائلاً أو عامل ترحيلة أو عاملاً في مصنع أو ورشة، ينهض بأعباء الكبار ويتحمل ما ينبغي عليهم أن يقوموا هم به، ويتعرض للعديد من المضايقات والمشكلات التي قد ينوء بها الكبار والتي قد لا يتحملها جسده الصغير. إن من بعض تلك المشاكل التي قد يتعرض لها الطفل حين تواجه أسرته ظروف قهرية واختيارية تدفعه للعمل بالورش وهو في سن صغير هي موضوع مشكلة البحث.

٢ـ مشكلة البحث:

بينما نجح الإنسان في تحقيق تقدم في العلوم فاق كل ما أحرزه في الماضي خلال العقود القليلة السالفة، يواجه اليوم مشاكل ذوات أبعاد لم يسمع بها من قبل، ومن ثم تؤثر تلك المشاكل المتصاعدة على الأطفال أكثر من غيرهم، لأنهم يشكلون أغلبية سكان العالم، ولأنهم سيشكلون مجمل عدد السكان في القرن الحالي الذي يقدر أن يتراوح بين ثمانية ملايين وأربعة عشر مليون نسمة (السيدة/ سوزان مبارك: ١٩٨٧) ولعل من أهم هذه المشاكل مشكلة عمالة الأطفال والتي انتشرت بشكل بارز ولم يعد ممكناً إيجاد حل لها، فأبعادها كثيرة وخطوطها متشابكة. فهناك أسر لا تسمح لطفلها

بالعمل مهما كانت هي تعاني، وأسر ليست في حاجة لعمل طفلها، وكذلك هناك أسر لا تهتم بطفلها وتتركه يعمل، وهناك أسر تهتم بطفلها وتتركه يعمل أيضاً. والرأي لدي الباحث أن الأسرتين الأخيرتين نوعان: النوع الأول: نوع تضطره الظروف القهرية لعمل الطفل، فالوالد قد يمرض لفترات طويلة، أو قد يموت أحد الوالدين مما يتولد عن ذلك مشاكل انفعالية ومالية للطفل، يشعر أن هناك شيئاً ما انكسر والأسرة سارت مهددة، كما يشعر أن جزءاً من ذاته قد فقد (George, 1984: 499)، هذه الأسر تدفع طفلها للعمل لكنها تتابعه، تهتم به، تنتظر عودته لتربت على كتفه، تسأل عنه إن غاب، تقلق إن طالت غيبته، إنها أسر تتألم لكنها لا تملك حيلة إزاء ذلك. والنوع الثاني: نوع تضطره الظروف الاختيارية، فالأب يطلق الأم وقد كان قادراً ألا يفعل، والأم تهجر المنزل تاركة وراءها أطفالاً صغاراً لا تعبأ بهم وقد كانت قادرة ألا تفعل، أو أن يسود هذا النوع التفكك العائلي المستمر والشجار الدائم، والطفل يقف يتفرج ويختزن، وهو يتألم ولا يتكلم، هذا النوع الثاني هو مشكلة البحث، مشكلة الطفل العامل ذي الظروف الأسرية القهرية له، الاختيارية بأسرته، إنهم أصحاب التفكك الأسري، والطلاق، الموزعون بين زوجة الأب أو زوج الأم، المنفصلون وآباؤهم على قيد الحياة، المتنقلون بين البيوت، وقد كان لبعضهم بيت. إنهم يفتقدون التفاعل مع آبائهم وما لهذا من آثار نفسية سيئة عليهم، ولنتأمل معاً بعض الأسر التي سمحت لأطفالها (بالإقامة بالأقسام الداخلية الملحقة ببعض المدارس الخاصة) مما أدى إلى حرمانهم من الرعاية الأسرية المباشرة والمستمرة، هؤلاء الأطفال آبائهم على قيد الحياة، هذا الانفصال جعلهم أكثر سلبية وانفعالية، وأقل في وضع ضوابط لأنفسهم تساعدهم على النجاح في حياتهم (سهير كامل، ١٩٩٢) كما وجد أن الطفل الذي ينحدر من أسرة فقيرة، وتتزوج أمه يعيش عيشة رديئة(هدى الشناوي، ١٩٩٣)

والطلاق يقلل من توافق الأبناء، وتكثر صراعاتهم، ويكونون عصبيين وينعدم ثباتهم النفسي (Mavis, 1997) والأسرة التي لا تتيح لأطفالها بيئة انفعالية مواتية تدفع بهم نحو النمو السليم، مثل هذه الأسر تسئ لأطفالها (راتشيل وكريستسنا، ١٩٩١) ولا تساعد على توجيه وتثبيت نموه المعرفي ونضجه النفسي والاجتماعي (سهير كامل، ١٩٨٧). إن مشكلة أطفال البحث الحالي أنهم يتميزون بأنهم يقعون في فئتين، وكلاهما صعب على أنفسهم، الفئة الأولي: أنهم من أصحاب الظروف الأسرية الصعبة، التي يفتقد فيها بعضهم حنان الأم، والتي ثبت أن وجودها دائماً بجوار طفلها يكون بمثابة إشباع لحاجات الطفل النفسية والجسمية ويبتعد به عن القلق (Bernstein & Sarchardt, 1992: 521) هذا الوجود أمر جوهري يؤدي إلي تفاعل جديد بينهما وينعكس أثره على الطفل (Stewart; 1985: 75)، وإذا كان هذا هو الأمر بالنسبة للأم، فالأب أيضاً حين يقيم علاقات مع طفله فإن هذا يؤدي به إلي الثبات الانفعالي والتوافق (George and Meriem, 1989: 507). إن الأسر التي لا تهتم بطفلها وتتركه ليعمل، الأسر ذوات التصدع العائلي هي الأسر التي يطلق عليها أسم "الأسرة المولودة للمرض" إنها الأسر التي تجرد أطفالها من صفاتهم الإنسانية وتعاملهم كأنهم أدوات أو أشياء (علاء كفافي" ٢"، ١٩٩٩).

إن البحث الحالي يتناول أسرتين بالبحث والدراسة: الأولي: ظروفها صعبة لكنها ليست مفروضة عليها، أسرة لم تحافظ على أولادها فتركتهم يعملون وهم صغار، قضت على مستقبلهم العلمي نتيجة الوضع الأسري المتردي مع تزلزل البناء العائلي بالشقاق الدائم بين الأبوين، أو تصدع وانهيار التماسك الزواجي بينهما، مما يضطر الطفل إلي المعيشة مع أحدهما مع افتقاره لعطف الآخر ومحبته له (زكية حجازي، ١٩٩٩: ١٧٥) والثانية:

لا تعاني ظروف الأولي، الطفل يعيش في كنفها، لا يزال يلقي العناية والاهتمام، لم يسبق لأحدهم أن عمل من قبل، لا يزالون يتعلمون، هاتان الأسرتان يتساءل البحث بشأنهما عما إذا كانت هناك علاقة بين ظروفها ـ التي تدفع أحدهما إلي عمل أطفالها والأخري التي تبقي عليهم ـ وبعض الاضطرابات النفسية التي تصيب أطفالهما. وهل الظروف التي تجعل الطفل مضطراً للعمل وهو صغير، تلك الظروف قد تأتي بنتائج عكسية فتجعله معتمداً على نفسه مثبتاً لذاته. هذا ما يأمل البحث التحقق منه والكشف عنه.

٣ـ أهداف البحث:

الأطفال هم مرآة المجتمع، ففيهم يستطيع المجتمع، أي مجتمع، أن يري كيف يمكن أن تكون عليه صورة مستقبله (محمد عماد، ١٩٨٦: ٥) وهم الذين سيرثون القرن القادم، هم جزء من الحاضر لكنهم كل المستقبل، هم ثورة الأمة والمستقبل المشرق لهذا العالم. فبقدر ما هم عليه من إعداد واستعداد يكون المستقبل (جليل وديع، ١٩٩٨: ١٧)، لذا فإن للأطفال علينا حقوقاً منها حق الغذاء والعناية بنظافته، وحق اللعب، وحق الأمان والأمن النفسي، وحق التقدير، وحق أن نتيح له أن يكون طفلاً (راتشيل وكريستنيا، ١٩٩). أن نسمح له أن تكون له علاقات أسرية تتسم بالمودة وتجعله آمناً (Charles, 1997: 361) كذلك فإن من حق الأطفال علينا أن ننظر إلي طفولتهم باعتبارها مرحلة بلوغ تالية (Dale, 1987: 137) وإذا كان من حق الأطفال ألا نهمل رعايتهم، فإن من حقهم أيضاً الحب والدعم والمساندة والرعاية طويلة الأمد (Wendy, 1989).

إن هدف هذا البحث الحالي هو الكشف عما إذا لم تتوافر للطفل الظروف الأسرية الجيدة، تلك الظروف التي دفعته للعمل في سن مبكرة دون

أن ينعم باللعب والمرح مثل باقي أقرانه ممن هم في سنه، فهل ذلك يؤثر علىه ويضعف الأنا لديه وينحو نحو العصاب، والذي هو التفاعل بين العصابية، وهي الاستعداد للعصاب، وبين المواقف العصابية الضاغطة، وهي المناخ المناسب لنمو المرض. كما يؤثر على تقدير الشخصية لديه فيتجه نحو العدوان الاعتمادية ويكون سلبياً وغير مستقر. كذلك يهدف البحث إلي التعرف إلي أي مدي تضطرب نفسية الطفل العامل، وما الفرق بينه وبين قرينه غير العامل الآمن الذي يعيش في كنف أهله، ينعم بالهدوء والسعادة. كذلك يسعي البحث إلي الكشف عما قد يسود بينهما من اضطرابات نفسية مشتركة باعتبار أن المجتمع الحالي بخصائصه وصفاته يؤثر بشكل مباشر على كل الأطفال، مع الأخذ في الاعتبار الظروف والخصائص التي تخص كل طفل، وأخيراً فالبحث يهدف إلي التعرف عما إذا كان الطفل العامل كبير السن تختلف خصائصه عن صغير السن، بحكم أنه قد تمرس على العمل وصار أكثر تقبلاً لحياته ورضي بالواقع الذي هو علىه.

٤ ـ أهمية البحث:

إن نسبة الأطفال العاملين تنتشر بشكل رهيب في كل أنحاء العالم، بشكل صعب، بل من المستحيل الحد منها تماماً، لأنها تتفاقم يوماً بعد يوم، ففي أفريقيا ١٢٠ مليون طفل عامل يعملون يوماً كاملاً، يتراوح عمرهم بين ٥: ١٤ سنة. هذا الرقم يصل إلي ٢٥٠ مليون طفل عامل إذا أضفنا إليهم من يعملون نصف الوقت. وهذه البيانات تم الحصول علىها من تقرير عن العمال الأفريقية الذي عقد في كمبالا في الفترة من ٥: ٧ فبراير عام ١٩٩٨، وحسب التقرير الأسيوي في الفترة من ١١: ١٣ أغسطس عام ١٩٩٧، وصل عدد الأطفال العاملين إلي ثلثي أطفال العالم ممن يعملون. أيضاً وفقاً لتقرير أمريكا اللاتينية الذي عقد في ٧ مايو عام ١٩٩٧، وصل عدد الأطفال العاملين من

٢٠%: ٢٥% من مجموع الأطفال، وهم يعملون في سن من ٦: ١٤ سنة. وقد ذكر التقرير أنهم يعملون في ظروف خطرة وغير آمنة وغير صحية، ويعانون من عدم الثبات الانفعالي، ويصل معدل ساعات عملهم لأكثر من المسموح به، ووفقاً للتقرير النهائي للمؤتمر الدولي عن الطفل العامل "بأسلو" والذي عقد في الفترة من ٢٧: ٣٠ مارس عام ١٩٩٧، نادت الدول بالربط بين الظروف الأسرية الاجتماعية والاقتصادية للطفل العامل، وأن على الدول أن تضع هذا في حسبانها، فعليها أن توفر الرعاية الطبية والتعليم للأطفال العاملين، وأن توفر لهم أفضل أنواع الرعاية والحماية، وأن تمنع استغلالهم، وأن تسن القوانين للمطالبة بحقوقهم المهدورة، خصوصاً وأنهم يُستخدمون حسبما ورد في التقرير الذي بحث عن أسوأ الأشكال والصور التي يتعرض لها الطفل العامل - في أبشع صوره - فهم يُستخدمون ويستغلون في أعمال الدعارة والزنا وفعل الفواحش، والبنات تستخدم لأغراض غير شريفة، كما أنهم يُستخدمون كجنود حرب، وكعبيد. لقد أجمعت معظم الدراسات على أنهم ينحدرون من أسر ذوات دخول ضعيفة، فقراء، بل إن بعضهم معدم، كما أجمعت كل الدراسات على اغتيال طفولتهم، وأن كل ما يوكل إليهم من عمل لا يتناسب وقدراتهم، وإن أعْطوا فلا يأخذون حقهم كما ينبغي. وأخيراً تجدر الإشارة إلي أن من العوامل المنتجة في إحداث ظاهرة عمالة الأطفال. الفشل في التعليم، تعلم صنعة لمساعدة الأهل، الإنفاق الشخصي. (عادل عازر، ١٩٩٨: ٣٨).

من خلال العرض السابق، تطفو أهمية البحث على السطح فهي تعد من الدراسات السيكولوجية القليلة التي تناولت بالبحث والدراسة الطفل العامل، كذلك فقد تميزت الدراسة الحالية بأنها دراسة تتناول عينتين من الأطفال العاملين، عينة الأطفال العاملين الصغار، وعينة الأطفال العاملين كبار

السن والأخيرة لم تتناولها دراسة سابقة من قبل، إذ أن جميع البحوث تعاملت مع عينات صغيرة السن كذلك، فإن الدراسات قد تعاملت مع عينات عاملة لم تكن لها نفس الخصائص التي تتسم بها خصائص عينة البحث الحالي، وحسب حدود علم الباحث، فإن البحث الحالي يعد أول بحث يتناول متغيرات قوة الأنا وتقدير الشخصية والتوافق النفسي معاً في دراسة واحدة وعلى ذات عينات البحث، كما أن أهمية تلك الدراسة تكمن في أنها أول دراسة عرضت للدراسات والبحوث الطبية التي أجريت على الأطفال العاملين عبر محافظات مصر، وذلك من خلال الدراسات السابقة.

إن الباحث من خلال عملية التطبيق التي أتمها على عينات البحث رأي بعينيه كم يعاني هؤلاء الأطفال، لقد ضرب بعضهم أمامه، شُتم، قذف بالآلات الحادة، ولعل البحث يساعد في الكشف عن اضطراباتهم لنضع أيدينا عليها ونحاول مساعدتهم خصوصاً وأنه لم يكشف عنها من قبل في دراسة سابقة.

وثمة أهمية أخري للبحث هو أنه يسعي لدراسة الفروق بين عينات البحث في متغيرات البحث التسعة، وأيضاً فهناك أهمية أخري للدراسة في أنها سوف توفر لنا قدراً من المعلومات عن الاضطرابات التي يعاني منها الطفل العامل، وأخيراً تأتي أهمية أن نتعرف إلي توافق الطفل العامل الكبير، هل هو توافق يماثل توافق الطفل الذي يعيش مع والديه ولا يعمل، باعتباره أكبر سناً وأكثر خبرة وتمرس كثيراً في معترك الحياة. ولعل البحث في النهاية يزيح الستار عن سؤال يأمل الإجابة عليه من خلال البحث وهو: هل لعمالة الطفل الصغير أو الكبير إيجابية؟ (خيري خليل، ١٩٩٥: ١٦٠) وإن كان فما نوعهما؟

٥ـ مفاهيم البحث:

أولاً: العدوان والعداء: Hostility/ Aggression

يقصد بالعداء شعور داخلي بالغضب والاستياء والعداوة، هذا الشعور يكون موجهاً نحو الذات، أو الآخرين، أو الأشياء والمواقف. ويظهر العدوان بشكل لفظي على هيئة نقار، أو شجار، أو تهكم لاذع، أو استهزاء بشخص ما وجعله مادة للسخرية، كما يظهر في شكل عدوان بدني على هيئة الضرب والركل واللكم ... الخ كذلك يتخذ صورة التدمير وإتلاف الأشياء عن قصد أو الإطاحة بها.

ثانياً: الاعتمادية: Dependency

هي الاعتماد النفسي لشخص على أفراد أو آخرين ليجد التشجيع أو الطمأنينة أو العطف أو الإرشاد أو القرار وتظهر الاعتمادية في سعي الفرد المتكرر للحصول على عطف وحنان وتأثير واستحسان وتشجيع وإرشاد الآخرين، وبصفة خاصة الأصدقاء أو المدرسين أو أفراد الأسرة.

ثالثاً: تقييم الذات: Self – Evaluation

يتعلق هذا المقياس الفرعي بالمشاعر والاتجاهات والإدراكات المتعلقة بالذات امتداداً على متصل طرفه الإيجابي المشاعر والإدراكات والاتجاهات الإيجابية نحو الذات وطرفه السلبي تلك المشاعر والإدراكات والاتجاهات السلبية نحوها، وتقيم الذات يقع في بعدين فرعيين مرتبطين هما:

أـ تقدير الذات: Self – Esteem

وهو تقييم الطفل لذاته بشكل عام فيما يتعلق بمدى أهميتها، ويشير التقدير الإيجابي للذات إلى قبول الفرد لذاته وإعجابه بها على ما هي عليه وإدراكه لذاته على أنه شخص ذو قيمة وجدير باحترام الآخرين.

ب ـ الكفاية الشخصية: Self – Adequacy

وهي مدى تقييم الطفل لكفاءته وكفايته للقيام بالمهام العادية ومدى قدرته على معالجة المشكلات اليومية والوفاء بحاجاته بشكل يرضى عنه. وعدم الكفاية يشير إلى شعور الفرد بالعجز والضآلة، ويشير إلى إدراك الفرد على أنه فاشل غير قادر على التنافس بنجاح.

رابعاً: التجاوب الانفعالي: Emotional responsiveness

يقصد به قدرة الطفل على التعبير بحرية وتلقائية عن مشاعره وانفعالاته تجاه الآخرين وخاصة المشاعر الإيجابية مثل الدفء والمحبة، وعدم التجاوب يشير إلى صعوبة قبول المودة والحب من الآخرين، وصعوبة عطائهم، كما يشير إلى نقص التلقائية في التعبير عن المودة والحب.

خامساً: الثبات الانفعالي: Emotional Stability

يقصد به مدي استقرار حالة الطفل المزاجية وقدرته على مواجهة الفشل أو المشكلات أو مصادر التوتر الأخرى بأقل قدر من الانزعاج والإحباط. والثابت انفعالياً هو من لا يغضب ولا يستثار بسهولة وغير الثابت انفعالياً هو من يعتري حالته المزاجية تأرجح لا يمكن التنبؤ به أو تحديده، فهو ينتقل بسرعة من مشاعر البهجة والسرور إلى مشاعر الغضب أو عدم الرضا.

سادساً: النظرة للحياة: World View

يقصد بها نظرة الطفل للعالم من حوله، إما على أنه مكان طيب آمن، غير مهدد أو منذر، أو كمكان ملئ بالأخطار والتهديد وعدم اليقين (رونالد، ١٩٨٩).

سابعاً: قوة الأنا: Ego strength

قوة الأنا هي الركيزة الأساسية في الصحة النفسية Mental Hygiene، ويستخدم أحياناً مصطلح "قوة الأنا" كبديل أو مرادف لمصطلح الثبات الانفعالي وقوة الأنا تشير إلي التوافق مع الذات ومع المجتمع علاوة على الخلو من الأعراض العصابية، والإحساس الإيجابي بالكفاية والرضا، وقوة الأنا هي القطب المقابل للعصابية Neuroticism حيث يرى كثير من العلماء أن هناك متصلاً يقع في أحد أطرافه قوة الأنا في حين يقع في الطرف المقابل العصابية. وهنا نشير إلى أن العصابية لا تعني المرض النفسي، ولكن تعني الاستعداد للمرض النفسي (علاء كفافي، ١٩٨٢).

ثامناً: التوافق العام: General Adjustment

هو حالة من الرضا والانسجام بين الفرد ونفسه ومجتمعه وكل ما يحيط به من كائنات، فهو يعني قدرة الفرد على أن يعيش في سلام تام مع نفسه أولاً، ثم مع كل ما يحيط به من كائنات بشرية أو غير بشرية، هذا ويتضمن التوافق توافقاً في مجالات عدة منها التوافق الدراسي، والمهني، والترويحي، والأسري، والديني، والاجتماعي، والخلقي، والجنسي. كما يتضمن التوافق أيضاً قدرة الفرد على أن يسلك دائماً السلوك السوي إزاء تحقيق مطالبه ومطالب بيئته، وقدرته على أن يغير هذا السلوك إذا ما واجه موقفاً جديداً، أو مشكلة اجتماعية أو خلقية أو نفسية.(السيد فهمي، ١٩٩٤).

تاسعاً: الأسرة: Family:

الأسرة في وضعها الأساسي عبارة عن وحدة إنتاجية، بيولوجية، تقوم على زواج شخصين؛ ويترتب على ذلك الزواج ـ عادة ـ نتاج من الأطفال. وهنا تتحول الأسرة إلى وحدة اجتماعية، تحدث فيها استجابات الطفل

الأولى نتيجة التفاعلات التي تنشأ بينه وبين والديه وأخوته. إن علاقة الطفل بوالديه وأخواته تنشأ عادة في محيط الأسرة، وهذا ما يدعونا إلى القول بأن للأسرة وظيفة اجتماعية هامة، إذ هي العامل الأول في صبغ سلوك الطفل صبغة اجتماعية. وتتكون الأسرة في حدودها الضيقة من الزوج والزوجة وطفل أو أكثر ويكون أساس العلاقة التي تربط أفراد الأسرة، قائماً على الصراحة والود بشكل يتيح الفرصة أمام كل فرد من أفرادها أن يعبر عما يريده بحرية. وهذا هو الذي يفرق بين الأسرة كوحدة اجتماعية وبين أي وحدة اجتماعية أخرى. إن الأسرة كمجتمع صغير عبارة عن وحدة حية، ديناميكية، لها وظيفة تهدف نحو نمو الطفل نمواً اجتماعياً. ويتحقق هذا الهدف بصفة مبدئية عن طريق التفاعل العائلي الذي يحدث داخل الأسرة والذي يلعب دوراً هاماً في تكوين شخصية الطفل وتوجيه سلوكه. (مصطفى فهمي، ١٩٧٧: ١٢٤).

عاشراً: عمالة الطفل:

إن هذا المفهوم ليس واضحاً صريحاً كما قد يبدو لذا تبدو أهمية توضيح "من هو الطفل؟" "وما هو العمل؟" إن الطفولة قد تعرف بالإشارة إلى السن الزمني، ولكن قد تحدد المجتمعات المختلفة عتبات مختلفة تميز بها مرحلتي الطفولة والبلوغ، ففي بعض المجتمعات لا تعتبر السن أساساً كافياً لتعريف الطفولة، بل قد يمثل أداء بعض الطقوس الاجتماعية والمسئوليات التقليدية متطلبات ضرورية لتعريف وضع الإنسان "كبالغ" أو "كطفل". وفي مجتمعات أخرى قد يبدأ دخول الطفل في الحياة الاقتصادية والاجتماعية مبكراً، وقد يحدث تحوله من الطفولة إلى النضوج بشكل ميسر وتدريجي بحيث يصبح من الصعب معه تحديد المراحل المختلفة للحياة بشكل واضح،

ومن هنا لابد أن نعترف بأننا نتعامل مع مفهوم قد يعني أشياء مختلفة في مجتمعات مختلفة، وفي مراحل زمنية مختلفة.

ويعرف "الطفل" أيضاً بأنه إنسان يحتاج إلى حماية من أجل نموه البدني والنفسي والفكري، حتى يصبح بمقدوره الانضمام إلى عالم البالغين. إن وضع الطفل هو وضع فرد في حاجة إلى مساعدة، أي في حاجة إلى رعاية، تقدمها الأسرة من جهة، وتقدمها من جهة أخرى مؤسسات تعليمية واجتماعية، وهذا في ظل تشريعات وقوانين متعارف عليها. وقد نص الدستور المصري في مادته العاشرة على أن تكفل الدولة الحماية للأمومة والطفولة، وترعى النشء والشباب، وتوفر لهم الظروف المناسبة لتنمية ملكاتهم.

ومفهوم "العمالة" قد يكون مفهوماً خلافياً أيضاً، وخاصة بالنسبة للأطفال، إن الأطفال يساعدون أسرهم في المنزل منذ نعومة أظفارهم، كما يساعدون في الحقول، وفي الأنشطة التجارية الصغيرة، إلا أن مساعدة الطفل لأسرته، إن ظلت في إطارها المحدود كمساعدة يقدمها الطفل في وقت الفراغ، دون أن تضطره إلى التخلي عن التعليم، لا تدخل في إطار ما نعنيه بعمالة الطفل. ومن هنا نعرف عمالة الطفل بأنها: أي نشاط يقوم به الطفل ويعد مساهمة في الإنتاج، أو يتيح للبالغين أوقات فراغ، أو يسهل عمل الآخرين، أو يحل محل عمل الآخرين (علا مصطفى، ١٩٩٣: ٢٧٧ _ ٢٨٧).

٦ـ الدراسات السابقة:

المتتبع للدراسات التي تناولت دراسة الخصائص النفسية للطفل العامل، أو دراسة الاضطرابات النفسية لديه ودور الأسرة فيها، يجد ندرة ملحوظة في هذه الدراسات برغم أهمية التعرف إلى السمات والخصائص

والاضطرابات النفسية والسلوكية للطفل العامل. كذلك يستطيع المتتبع للدراسات والبحوث التي تناولت دراسة ظاهرة عمالة الأطفال سواء في مصر أو خارجها، أن يتبين بعض الإسهامات العلمية القيمة، سواء أكانت هذه الإسهامات نظرية أم ميدانية، تلك الإسهامات التي أنجزتها بعض المراكز البحثية أو بعض الأفراد المهتمين بالطفولة بوجه عام وبالطفل العامل بوجه خاص. لقد تناولت معظم الأبحاث كل ما يتعلق بالطفل العامل من حيث ظروفه وأوضاعه في العمل، وظروف أسرته، واحتياجات الطفولة العاملة، والأبعاد الاقتصادية والاجتماعية وغيرها للطفل العامل. ورغم هذا الجهد الوفير فقد أغفلت الدراسات والبحوث السابقة عن تناول الاضطرابات النفسية للطفل العامل ـ وما أكثرها ـ ودور الأسرة فيها. هذا النقص الشديد دفع الباحث إلى إجراء استقصاء علمي من خلال موسوعة البحوث العلمية المصرية والعربية والدولية في الجامعات والمعاهد العلمية، كذلك عبر شبكات البحث العلمي الأخري، بغرض التعرف إلى الدراسات التي تناولت دراسة الخصائص النفسية للطفل العامل أو الدراسات التي تناولت تأثير دور الأسرة في إحداث الاضطرابات النفسية لدى الطفل العامل، وبصفة خاصة تلك الاضطرابات النفسية التى يدرسها البحث الحالي. ولم يسفر التقصي إلا عن عدد قليل جداً من البحوث التي أكدت على تأثير الأسرة في اتجاه الطفل للعمل، وأنها وراء بعض المتغيرات النفسية التي تحدث له. كذلك لم يقنع الباحث بما حصل عليه من بيانات فقام بعمل استقصاء آخر قصد معه التعرف إلى تناول تلك الظاهرة من خلال الدراسات الطبية التي قد تكون قد أجريت على أطفال مصر في جميع محافظاتها، وهي أول محاولة ـ في حدود علم الباحث ـ تتم في هذا الصدد.

وسوف نحاول فيما يلي أن نلقي الضوء بشكل عام حول الظاهرة من خلال الدراسات والبحوث السابقة، والتي يمكن تصنيفها على النحو التالي:

أ- الدراسات ذات الصبغة القومية.

ب- الدراسات ذات الصبغة الفردية أو الطابع الشخصي (مصر).

ج- الدراسات ذات الصبغة الدولية.

د- الدراسات ذات الصبغة الطبية (مصر).

أولاً: الدراسات ذات الصبغة القومية:

ففي إطار اهتمام المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة بالطفولة ومشكلاتها بوجه عام، وبظاهرة عمالة الأطفال بوجه خاص، توالت إصداراته البحثية (بالتعاون أحياناً مع منظمة الأمم المتحدة للأطفال (اليونيسف) نذكر منها ما يلي:

١- تقرير عن أعمال اللجنة الوزارية لدراسة ظاهرة عمالة الأطفال بجمهورية مصر العربية بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة (اليونيسف) عام ١٩٨٩، وقد اشترك في إعداد هذا التقرير بالإضافة إلى المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية وكلاً من وزارة الشئون الاجتماعية، ووزارة القوى العاملة، والمجلس الأعلى للشباب والرياضة والجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ووزارة الصناعة، ومديروا منظمة العمل الدولية، والجهاز المركزي للتنظيم والإدارة.

٢- ظاهرة عمالة الأطفال (بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للأطفال) عام ١٩٩١. وقد شارك في هذه الدراسة كل من: عادل عازر، وناهد رمزي، وعزة كريم، وعلا مصطفى.

٣- مؤتمر الطفل وآفاق القرن الحادي والعشرون عام ١٩٩٣.

٤- عمل الأطفال في المنشأة الصناعية الصغيرة عام ١٩٩٦.

وسوف نتخير مما سبق بعض ما يخدم الموضوع الحالي:

أولاً: الدراسات ذات الصبغة القومية:

أ- الدراسات الأولى: تقرير اللجنة الوزارية (١٩٩٨):

أفصحت الاحصائيات والبيانات والدراسات التي قدمت للجنة دراسة ظاهرة عمالة الأطفال، عن أن تشغيل الأطفال يتم عن ظاهرة واقعية وملموسة، تمثل حجماً يدعو لاهتمام واضعي السياسة بدراستها، وبرسم سياسة ملائمة لمواجهتها. كما تبين وجود اتفاق شبه تام بين نتائج الدراسات العلمية في مجال ظاهرة "عمالة الطفل" عن أن من الأسباب البارزة لوجود تلك الظاهرة ما يرجع إلى الظروف الأسرية الصعبة، وإلى حاجة الأسرة لعمل الأطفال لزيادة دخلها.

ب- الدراسة الثانية: ظاهرة عمالة الأطفال بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للأطفال "اليونيسف" (١٩٨٨):

المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية مع منظمة الأمم المتحدة (اليونيسف) في اهتمامها بما لوحظ من تزايد ظاهرة عمالة الأطفال وعلى وجه الخصوص في فترة السبعينيات والثمانينات. وقد واكب هذا الاهتمام السياسة التي أقرها المجلس التنفيذي لمنظمة الأمم المتحدة في عام ١٩٨٦ وتضمنت ضرورة إعطاء أولوية خاصة لبرامج الأطفال في ظروف صعبة والتي تشمل البرامج الخاصة ببحث مشكلات الأطفال العاملين والتصدي لها. والدراسة تتعرض لقضية عمالة الصغار تحت السن القانونية في أعمال لا يسمح القانون بمزاولتها. تلك القضية قضية مركبة تتضمن أبعاداً متشابكة

كالبعد القانوني والاجتماعي والنفسي والتربوي والصحي، ونظراً لخطورة آثارها على النشء الذي يندرج في حقل العمل منذ مرحلة عمرية مبكرة.

لقد تصدى المركز القومي لظاهرة عمالة الأطفال، وخاصة أنها على الرغم من أهميتها لم تحظ بدراسات كافية لا على المستوى الدولي الذي تأخذ فيه عمالة الصغار شكلاً آخر، كالاستغلال الإعلامي أو الجنسي، ولا على مستوى دول العالم النامي التي تنتشر فيها ظاهرة عمالة الأطفال نظراً لمشكلات اجتماعية واقتصادية ضاربة جذورها في أعماق المجتمعات التي تستخدمها، ولا في مصر التي لم تحظ فيها تلك المشكلة بالدراسة الإمبريقية الجادة، اللهم إلا إرهاصات قليلة خلت من دراسة المشكلة من شتى جوانبها، وبعينات محدودة في صناعات ضئيلة، ولم تخرج بتصور شامل لحل المشكلة أو علاجها أو حتى التقليل من حجمها أو من آثارها الضارة، ليس فقط على النشء الذي يتعرض بشكل مباشر للاستغلال، ولكن على المجتمع الذي يعد فيه هذا النشئ بمثابة البنية الأساسية والدعامات الضرورية لبنائه بناءً سليماً. وقد استطاعت الدراسة إنجاز الإطار الميداني بالاعتماد على أدوات بحث أعدت إعداداً دقيقاً كالاستبيان واختبارات التوافق الشخصي والاجتماعي والعام.

ولعل المساهمة الحقيقية للدراسة، تتمثل فيما أسفرت عنه من نتائج حول (١) العوامل المسببة لعمالة الصغار والتي تمثلت في أن وراء الظاهرة فشلاً في التعليم، وتعلم صنعة، مساعدة الأهل في المصروفات، الإنفاق على الذات، (٢) الظروف الأسرية واحتياجات الطفل والتي وجد أنها ترجع إلي أن نسبة الإنجاب بين أسر الأطفال العاملين تكون مرتفعة، كما أن هؤلاء الأطفال العاملين ينتمون لأسر مستواها التعليمي منخفض، فأكثر من نصف الآباء من عينة الدراسة بنسبة (٥٨,٥) أميون ولم يلتحقوا بالتعليم، أما بالنسبة لعمل

الآباء وجد أن أعلى النسب كانت بين العمال اليدويين (٣٣,٧%)، ثم عمال الخدمات (٢٤,٧%)، والباعة (١٣,٩%). وبالنسبة للظروف الاقتصادية والاجتماعية وجد أنهم لا يعانون بوجه عام من التصدع الأسري، وأن علاقة الطفل بالوالدين تتسم بالاحترام، وبالحب بالنسبة للأخوة، وأن علاقة الطفل بأفراد الأسرة تتسم بالترابط. أما المشكلات الأسرية فمن أهمها: المشكلات الاقتصادية، ومشكلات شقاوة الأبناء، ومشكلات العمل. وبالنسبة لأهم الاحتياجات الأساسية للطفل فقد كشفت الدراسة عن أنها تتمثل في مصروف جيب للطفل، والغذاء، والملبس، والعلاج، والمواصلات، والمكيفات، ووقت الفراغ.

ونختتم هذا العرض بما قامت به الدراسة من حيث دراسة الأبعاد النفسية والصحية لظاهرة عمالة الأطفال، فبالنسبة للبعد النفسي كان هدف الدراسة التعرف إلى المردود النفسي على الأطفال نتيجة توجههم للعمل وهم في سن صغيرة. ولتحقيق هذا تم اختيار عينتين الأولى تجريبية وهي عينة الأطفال العاملين والثانية عينة ضابطة وهي عينة الأطفال غير العاملين، وقد تراوح المدى العمري للعينتين من ٩ ــ ١٢ سنة، وقد كان قوام العينة التجريبية ١٨٤ طفلاً، أما العينة الضابطة فقد كان قوامها ١٢٢ طفلاً.

أما عن الأدوات التي استخدمت في هذه الدراسة، فقد تمثلت في اختبار الذكاء المصور، اختبار المفردات، مقاييس التوافق الشخصي والاجتماعي والعام، وتلك المقاييس الثلاثة الأخيرة أعدها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. أما عن نتائج الدراسة فقد تمثلت فيما يلي: وجدت فروق دالة عند مستوى (٠,٠٠١) في متغير التوافق الاجتماعي لصالح الأطفال غير العاملين، كذلك وجدت فروق أيضاً عند مستوى(٠,٠٠١) في متغيرات المفردات والذكاء المصور وذلك لصالح عينة الأطفال غير

العاملين، وكذلك وجدت فروق دالة عند مستوى (٠,٠١) في متغير التوافق العام لصالح الأطفال غير العاملين أيضاً، في حين لم توجد فروق دالة بينهما في متغير التوافق الشخصي، كذلك توصلت الدراسة من خلال المعالجة التي قامت بها للبيانات النفسية والاجتماعية التي استيقت من الاختبارات والمقاييس النفسية وكذلك الاستبيان المستخدم في تلك الدراسة، إلى أن نوع العمل يرتبط بمتغير الدراسة، كذلك فإن المخاطر التي يتعرض لها الأطفال العاملون ترتبط أيضاً بنوعية العمل، كذلك وجد ارتباط دال بين نوع العمل والتعرض للإصابة، كما تبين أيضاً أن مخاطر العمل ترتبط بالتوافق الشخصي والاجتماعي بما يعني أن عمل الأطفال في مهن ذات طبيعة خطرة عليهم إنما يؤثر على توافقهم الشخصي والاجتماعي، كما أبرزت النتائج ارتباط سن الطفل العامل بكل من الذكاء والتوافق الشخصي والاجتماعي، بمعنى أن الطفل كلما عمل في سن مبكرة انخفضت نسبة ذكائه، أيضاً فالعمل في سن مبكرة يعوق التوافق الشخصي والاجتماعي، وأخيراً الارتباط الدال بين العلاقة بصاحب العمل ومجالات التوافق الشخصي والاجتماعي والذكاء، فكلما كانت هناك علاقة حميمة بين صاحب العمل انعكس ذلك على ذكاء الطفل وعلى التوافق الشخصي والاجتماعي.

وبالنسبة للبعد الصحي فقد اختير لهذا الغرض خمس عينات موزعة على النحو التالي: (٥١) طفلاً يعملون في الأعمال الميكانيكية، (٣٠) طفلاً يعملون بورش النسيج، (٩) أطفال يعملون بالكيماويات، (٢٠) طفلاً بصناعات متفرقة، وقد أسفرت النتائج عن أنهم يعانون من حالات الإسهال المزمن، وتعنية مزمنة، والإصابة بالبلهارسيا، والالتهاب الكبدي الوبائي، وآثار نزلة شعبية حادة، ودم بالبول، لغط بالقلب. هذا ولم تكن هناك فروق دالة بينهما في الأطوال والأوزان، وسرعة خروج الهواء، بينما كانت هناك

فروق دالة بينهما في السعة الهوائية حيث كانت لصالح الأطفال العاملين وقد فسر ذلك بأنهم يعملون بالصناعة وبالتالي تقل نسبة متوسط السعة للرئتين، كذلك أشارت النتائج إلى خطورة عمل الأطفال في صناعتي النسيج والزجاج على وجه الخصوص. وأخيراً فقد بينت الدراسة أن إجراءات الأمن الصناعي غير متوفرة في الورش الصناعية التي يعمل بها الأطفال.

جـ- الدراسة الثالثة: مؤتمر الطفل آفاق القرن الحادي والعشرين:

تناولت أعمال هذا المؤتمر خمس عشرة ورقة بحث، شارك فيهما خبراء المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بأحد عشر ورقة بحث، بغرض لأهمها فيما يلي:

١- دراسة نادية حليم (١٩٩٣) الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للطفل المصري، والتي أكدت فيها على أن صحة الطفل الجسدية والعقلية والنفسية ترتبط إلى حد كبير بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، ومدى صلاحيتها للقيام بعملية التنشئة، كما أكدت في درستها المسحية تلك أن الاحتياجات الاقتصادية لأسر الأطفال العاملين التي تدفعم للعمل في ظروف غير صالحة لنموهم البدني.

٢- دراسة إلهام عفيفي (١٩٩٣): التي تؤكد على أن الأسر الريفية تعد من أكثر الأسر دفعاً لعمل الطفل والسبب انخفاض دخل الأسر الريفية.

٣- دراسة هدى الشناوي (١٩٩٣): عن الفقر ووأد الطفولة والتي أكدت على أن الفقر المادي للأسرة يكون وراء عمالة الأطفال.

٤- دراسة علا مصطفى (١٩٩٣): وهي بعنوان: الأطفال العاملون: الحاضر والمستقبل. والتي أشارت إلى أن عمالة الأطفال تشيع في

الأسر ذات المستوى الاقتصادي المنخفض وأن الأطفال يعملون في بيئة عمل متدنية من عدة جوانب عديدة، فمن ناحية تعاني الورش من نقص التهوية والضوضاء والحرارة المرتفعة، وقلة النظافة، وتناثر المخلفات، ونقض المياه للاغتسال والشرب، كما وجدت أن الأطفال لم يتدربوا قبل الالتحاق بالعمل، وأنهم يتعرضون لإصابات العمل باستمرار، أو قد يتعرضون للسب والضرب من قبل الكبار عنهم. كما وجدت أن الأطفال العاملين ينتمون لأسر كبيرة الحجم.

د ـ الدراسة الرابعة: عمل الأطفال في المنشآت الصناعية الصغيرة (١٩٩٦).

يستند هذا التقرير إلى مراجعة أكثر دقة لذات البيانات التي تضمنها البحث الميداني المعنون باسم (ظاهرة عمالة الأطفال) السابق ذكره، فقد وجد بعد نشر التقرير العديد من الأخطاء، لذا فقد أعيدت مراجعة كافة البيانات التي تضمنها التقرير، مع فحصه علمياً ومنهجياً وإحصائياً. وقد قام بكتابة التقرير "عمل الأطفال في المنشآت الصناعية" كلاً من علا مصطفى وعزة كريم. وبصفة خاصة خرجت دراسة عام (١٩٩٦) على نحو أفضل علمياً ومنهجياً وإحصائياً خصوصاً بعد مرور (٥) سنوات على كتابة التقرير الأول.

هـ ـ الدراسة الخامسة: تدريب ورعاية الأطفال العاملين في شبرا الخيمة: مسح اجتماعي (علا مصطفى، ١٩٩٤).

قام المركز القومي بإجراء هذا المسح استجابة لمبادرة من جانب منظمة العمل الدولية للقيام بمشروع في منطقة شبرا الخيمة من أجل رعاية وحماية الأطفال العاملين من (٦: ١٥) سنة.

و ـ سادساً: استغلال الأطفال من خلال العمل (علا مصطفي، ١٩٩٤).

وهو يمثل عرضاً لمؤتمر دولي عقد في باريس في الفترة من ٢٤ إلى ٢٦ نوفمبر ١٩٩٤، حيث عرضت فيه مشكلة عمالة الطفل في إطار النظام

الاقتصادي، وظروف وحياة عمل الطفل، وأن للظاهرة أبعاداً أسرية، وسكانية، ومكانـة العمل، ومكانـة الطفل. غير أن المؤتمر لم يتضمن أيـة إشارة للأبعاد السيكولوجية لدى الطفل العامل مما يضفي للبحث الحالي قيمة وأهمية علمية.

ثانياً: الدراسات ذات الصبغة الفردية أو الطابع الشخصي:

١- دراسة السيد حنفي (١٩٨٧): وهي بعنوان "العمالـة الجائلة: بحث في ضوء علم الاجتماع الحضري أجريت هذه الدراسة على عينات أكبر سناً من الأطفال حيث تراوح بين ٢٠: ٣٠ عاماً بنسبة ٨٢%، والباقي ١٨ % فوق سن (٣٠) عاماً وقد خلص الباحث إلى أن العمال الجائلين غير راضين عن أنفسهم وعن حرفهم، فهم يشعرون بتدني المكانة الاجتماعية، وأن أعمالهم ترتبط بهذا التدني، وأن ذكور وإناث عينة البحث ينحدرون من أسر مستواها متدني، وأصبح الأبناء يشكلون عبئاً اقتصادياً مما أدى إلى دفعهم إلى العمل.

٢- دراسة جمال مختار حمزة (١٩٩٧): وعنوانها: عمالـة الأطفال: رؤية نفسية. تكونت عينة الدراسة من (٥٠) طفلاً من الذكور ممن تتراوح أعمارهم بين ٦ ـ ١٢ سنة، (٢١) طفلاً من العاملين في ورش صناعة النسيج والكيماويات والأفران وغير ذلك، (٢٩) طفلاً بمرحلة التعليم الأساسي كعينة ضابطة. وقد استخدم الباحث مقياس التوافق الشخصي والاجتماعي الذي أعده المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية والذي استخدم في بحث عمالة الأطفال السابق الإشارة إليها. وقد أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين على مقياس التوافق الشخصي وقد فسر الباحث ذلك بأن المجموعة التجريبية (الأطفال العاملون) قد عوضت بظروف عملهم الإحساس بالرضا النسبي عما

يقدمون للآخرين ورؤيتهم لأنفسهم بأنهم طاقة معطاة مادياً. أيضاً لم يتبين وجود فروق دالة بين المجموعتين في مقياس التوافق الاجتماعي، وأخيراً كانت هناك فروق دالة بينهما عند مستوى (٠,١) في مقياس التوافق العام لصالح الأطفال غير العاملين. وقد فسر الباحث ذلك بأن هذ يمثل توافقاً مع تقاليد وتشريعات الحياة باعتبار أن عمالة الطفل شر غير مناسب، ولا يتفق مع حقوق الطفل اجتماعياً.

٣- دراسة عزة صيام (١٩٩٩): وهي بعنوان: "المخاطر الاجتماعي المصاحبة للالتحاق المبكر بسوق العمل"، تقع الدراسة في مبحثين. الأول: يتناول دراسة الطفل العامل من حيث طرح الموضوع وأسلو التناول ومن حيث عمالة الأطفال وهو بعنوان: الرؤية التاريخية والدلا الاجتماعية، وتشغيل الأطفال، والثاني بعنوان "الأطفال في سوق العم وقد كشفت الدراسة النقاب عن طبيعة الأعمال التي يؤديها الطفل، حي خلصت إلى أن الفقر والحرمان الاقتصادي من جانب، مضافاً إلى الأوضاع المتردية للتعليم الأساسي، والأوضاع الاجتماعية السيئة للأسر مثل التفكك هي أهم العوامل التي تتضافر معاً لإتاحة الفرصة لتشكيل المحددات العامة لبذور ظاهرة عمالة الأطفال، كما أشارت النتائج إلى أن الانهيار العائلي وما يتصل به من مشكلات بالغة على واقع ومستقبل الأطفال، حيث تضطر كثير من العائلات التي تواجه بعض الكوارث الاجتماعية مثل (الطلاق ووفاة أحد الوالدين أو كليهما) إلى دفع بعض أبنائها وبخاصة الذكور إلى سوق العمل.

ثالثاً: الدراسات ذات الصبغة الدولية:

معظم الدراسات التي أمكن للباحث الحصول عليها، اشتركت في الكثير من النتائج التي عرضها الباحث من قبل في بحثه الحالي، والتي تتمثل

في أن أهم ما يدفع الأطفال إلى العمالة هو انخفاض دخل الأسرة، وعدم تحقيق الكفاية الذاتية والاجتماعية والذي يؤدي إلى عدم استقرار الأسرة، وبالتالي إلى عمل الأطفال كذلك فإن صغر سن الأطفال العاملين وعدم حصولهم على القدر الكافي من التدريب يجعلهم عرضة للإصابات مما يؤثر على صحتهم الجسدية ويؤثر على خصائصهم النفسية وأن خبرتهم وعدم تدريبهم أيضاً يرتبط بحوادث المركبات التي يتعرضون لها، إضافة إلى صعقات الكهرباء والتسمم والموت غرقاً. كما أشارت أحد الدراسات إلى أن هناك أسر لا ينتمي لها الطفل أصلاً إذ لديهم نظام التبني أو التعمد، فبعض تلك الأسر قد تدفع الطفل للعمل في سن مبكرة دون مراعاة لطفولته أو للأضرار التي قد تلحق به. كذلك في الدراسات المسحية أو النظرية ما يؤكد على دور الأسرة في عمالة الطفل وأن عمله يضره صحياً. بل قد يؤدي إلى موته، فمخاطر العمل عديدة، وكذلك المخاطر المهنية للعمل تحيط بهم من كل جانب.

(Dunn & Runyan, 1993; Knigh, Castillo & Layne, 1995; Cooper & Rothstein, 1995; Stadum, 1995; Castillo & Layne, 1995)

رابعاً: الدراسات ذات الصبغة الطبية:

في دراسة قام بها الصحن (El–Sahn, 1992)، على عينة من الأطفال قوامها (١٥٤) طفلاً، يعملون بعدد من الورش بمدينة الإسكندرية، وقد كان هدف الدراسة تقييم الحالة الغذائية للأطفال العاملين في سن من ٨: ١٨ عام ولتحقيق هذا قام الباحث بحساب ذلك باستخدام مقاييس أجزاء الجسم Anthropometric، والمعايير البيوكيمائية، ونظام أو قواعد الطعام، مع الفحص الطبي، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن الأطفال العاملين يعانون من سوء التغذية وأن ١٦% منهم مصابون بالهزال العام و٢٣% منهم متعطلين عن النمو الطبيعي، وبمعني آخر لا يتطور نموهم، و٣% منهم

يجمعون بين الهزال وتوقف النمو، و٣% منهم وزنهم زائد عن الحد المطلوب. وبتحليل نظام التغذية وجد أنهم أقل طاقة، أقل كالسيوم، يعانون من نقص فيتامين (A)، (C)، ونقص كذلك في النياسين أي فيتامين (B3). كذلك وجد أن معدل البروتين لديهم أعلى، وكذلك نسبة الحديد، والثيامين (فيتامين ب ١). كما وجد أن نسبة ٧٧% منهم يعانون من نقص نسبة الهيموجلوبين في الدم وفق المعدلات التي أقرتها منظمة الصحة العالمية.

كما كشفت النتائج عن وجود نسبة انتشار عالية من عدوى الطفيليات المنقولة عن طريق الطعام وذلك لدي ٧٢% من مجموع أفراد العينة، كذلك فقد كشفت النتائج عن أن المتوقف نموهم، وذوي الهزال وتوقف النمو معاً وأصحاب الوزن الزائد كانوا يعانون من الأنيميا والطفيليات وذلك مقارنة بمن يعانون من الأنيميا فقط أو من عدوى الطفيليات. كذلك قام طاهر منصور (Taher, Mansour 1992) في دراسة أخرى عن المشاكل الصحية بين صغار العمال العاملين بالمؤسسات الصناعية الصغيرة أو متوسط الحجم، وذلك على عينة قوامها (١٠٠٠) طفل، يتراوح المدى العمري لهم من ٩: ٢٠ سنة، اختيرت عينة ضابطة قوامها ٢٥٠ طفلاً وطفلة متماثلين في السن والجنس مع العينة التجريبية، وقد أختيرت مدينة الإسكندرية كنموذج للطفل العامل في مصر.

وقد كشفت النتائج بعد الدراسة والفحص الطبي عن أن صغار العاملين تعتل صحتهم الجسدية بسبب ظروف العمل، كما أن ظروف العمل تؤثر على حالتهم العقلية والانفعالية، كما أنها تعوقهم عن الاستمتاع بالرفاهية وفي دراسة لنوير (Nowier,1993) بعنوان "الطفل العامل في مصر: المظاهر الاقتصادية والاجتماعية والمهنية"، وعلى عينة قوامها ٢٥٠ طفلاً، وجد أن الأطفال يعانون من التعب البدني، فهم يعملون أكثر من ٤٠

ساعة أسبوعياً. كما كشفت لـه الدراسة عن أن الأسر التي ينتمي لها الأطفال العاملون وكذلك المشاكل الاقتصادية هما السبب الرئيسي لكل المشاكل التي يعاني منها الأطفال العاملون، فالعمل وإن كان يحسن من الحالة الاقتصادية الاجتماعية، إلا أنه يعلم الطفل الخبرة بالآخرين، ويوسع من دائرة اتصالاته مما يؤثر على قدرتهم العقلية. كما أن العمل يضر بالنظام الغذائي الذي ينبغي أن يكون عليه الفرد، غير أنه لم يجد ما يشير إلى أن بين عينة الدراسة أطفالاً مدمنين. كما أكدت الدراسة على أن الضوضاء والأتربة تضران بالطفل العامل فالأولى تضره بنسبة ٨٤% والثانية بنسبة ٥٥% كذلك فالأبخرة والغازات تمثل ١٠,٤% من مجموع المخاطر التي يتعرض لها الطفل، والمواد البيولوجية تمثل ٩%، وأخيراً الحرارة والتي تعد أحد الأضرار التي تضر الطفل تمثل ٢٥,٣% وتمثل الحوادث والإصابات التي تحدث للطفل العامل نسبة ٨٠,٤%، هذه الحوادث تتسبب في إصابات أيديهم وأصابعهم، والسبب أنهم غير مدربين. وفي دراسة تالية لنوير (Noweir, 1993) بعنوان: الطفل العامل في مصر: تأثير بيئة العمل على الصحة. وعلى عينة قوامها ٢٥٠ طفلاً أيضاً، وقد أجريت مقابلة منفردة مع كل طفل مع خضوعه للفحص الطبي الدقيق. وقد تبين أن المشاكل الصحية أساسها تأثير الأسرة والمستوى الاقتصادي الاجتماعي الذي يجبر الطفل على العمل، كما أظهرت نتائج الفحص الطبي الدقيق لهم عن أنهم يعانون من:

١- شكاوي جسمية تتمثل في الكحة الشديدة، النزلات الشعبية الحادة، والأزمات الشعبية.

٢- الاضطرابات القلبية الوعائية الشاذة مثل سرعة النبض، سرعة الجيوب القلبية، الدوخة أو الدوار، الإغماء أو الغثيان.

٣- الاضرابات المعوية ـ المعدية مثل التخمة وعسر الهضم، وغزو الجسم بالحشرات الطفيلية.

٤- الشكاوي النفسية العصبية.

٥- مشاكل أخرى مثل عدوى مجرى البول، آلام الظهر، ضعف الرؤية، سلس البول الليلي، حدوث فتق للطفل.

أما دراسة أميرة جمال (Amira, 1995) التي تبحث في الإصابات التي تحدث للأطفال تحت سن ١٦ سنة، والذين يعملون بورش تصليح السيارات بمدينة الإسماعيلية، فقد أشارت في مقدمة بحثها إلى أن الأطفال العاملون صغار السن يؤدون الأعمال التي ينبغي أن يقوم بها الكبار، في حين أنهم غير مؤهلين لذلك، فهم لا يملكون القدرات العقلية أو الجسدية التي تمكنهم من أداء هذه الأعمال. وقد كانت العينة مكونة من (٨١) طفلاً، أجابوا على استبيان يتعلق بكل شئ عنهم، وقد أسفرت النتائج بشكل عام أن صغر سنهم وضعف بنيتهم، وعدم خبرتهم كل هذا وراءه حدوث الإصابات لهم، كذلك أثبت الفحص أن مدى أو سعة الانتباه لديهم أقل من ذويهم مما يعرضهم دوماً للإصابة.

ولم تخرج دراسة هدايت (Hidayet, 1995) عن بعض ذات النتائج السابقة، فالأطفال يعملون لأسباب اقتصادية أو لمساعدة الوالدين في العمل، وأنهم يتعرضون لمشاكل اجتماعية وهمية وتعليمية، كما أنهم يتعرضون للمخاطر الكيمائية نتيجة عملهم بالمصانع.

وأيضاً دراسة مريم حجاج (Mariamme, 1995) عن أثر عمالة الطفل على صحته، التي أكدت فيها أن الأطفال العاملين معرضون لمخاطر كثيرة متنوعة منها مخاطر فيزيقية وكيمائية وبيولوجية ونفسية واجتماعية، وأن العمل يؤثر على رفاهيتهم الاجتماعية، وعلى قدراتهم العقلية وقد كان عدد أفراد العينة (٢٥١) طفلاً عاملاً والمدى العمري لهم من (٦ ـ ١٥) عام.

أما عبد اللطيف (Abd El–Latif,1995) فقد حاول التعرف إلى عوامل الخطر التي تؤدي إلى المشاكل النفسية الاجتماعية لدى الأطفال العاملين وللوصول إلى ذلك أنتقى عينة قوامها ٣٤ طفلاً عاملاً، في المرحلة العمرية من ١٠: ١٤ سنة، وقد قسم العينة إلى مجموعتين وفق عدد من المتغيرات تتعلق بحدوث المشاكل النفسية والاجتماعية، هذه المتغيرات هي: القلق، مشاكل التغذية، مشاكل النوم، التعب، حدوث كوابيس. وقد توصلت دراسته إلى وجود عدد من المتغيرات يرتبط بما سبق لدى الطفل العامل وهي: الجهد المبذول في العمل، ظروف السكن، طبيعة العمل، الحالة التعليمية للطفل، درجة الرضا عن العمل، الدخل، العمر، العمل أو المهنة. وقد أشار الباحث إلى أن هذا يؤدي لحدوث اضطرابات لدى الطفل العامل ولدى البيئة التي يعيش فيها أيضاً.

كذلك في دراسة مشيرة (Moushera,1995) على عدد من الأطفال في الفئة العمرية من ٦: ١٥ عام، وجد أن الفقر يمثل ٤٠% من عدد الأطفال العاملين وأن المشاكل الصحية تمثلت في:

١- شكاوي بدنية في واحداً أو أكثر من أجهزة الجسم، ومعدل سوء التغذية لديهم مرتفع.
٢- يعانون من شكاوي نفسية مما يؤكد تأير العمل على صحتهم. وعلى نقص الرعاية الصحية لتلك المجموعة العاملة.

أما ذكي (Zaky, 1996) ففي دراسته التي كان قوامها ٤٠٨ طفل، والمدى العمرى لهم من ٨: ١٨، والتي استخدم فيها الاستبيان والمقابلة والفحص الطبي وجد أن الأطفال موضوع الدراسة يتأثرون بسمية الرصاص لأنهم يعملون في مهنة يستخدمون فيها البنزين، وقد تأكد ذلك بتحليل عينات الدم التي أخذت من عينة الأطفال العاملين.

أمـا دراسة المغازي (El – Mogazi, 1996) عن العوامل الاجتماعية – الديموجرافية التـي تسهم فـي ظاهرة عمالـة الطفـل بمحافظـة الزقازيق. فقد أسفرت النتائج على العينة التي كان قوامها ١٣٠ طفل ومداها العمري من ٦: ١٥ عام عن الآتي:

١- الطفل العامل يكون نتاج أسرة كبيرة.

٢- فرص التعليم غير ملائمة.

٣- الآباء جاهلون والدخل غير منتظم.

٤- الفقر وهو السمة الرئيسية وراء عمل الطفل.

٥- كلهم يعملون قبل السن القانوني.

٦- نقص التغذية وإصابات العمل.

وفـي دراسة أخرى لذكي (Zaki, 1996) عن تقييم عوامل الخطر لدى الأطفـال العاملين والمراهقين المصـابين بالأنيميا تبين لـه من خلال دراسته علـى ٤٠٨ طفل وباستخدام الاستبيان والمقابلـة لمعرفة كل شئ عن الطفل العامل، أن الطفل العامل تزداد لديه نسبة الإصابة بالأنيميا مهما اختلفت أماكن عملهم ومهمـا تباعدت فالمكـان أو المنطقة لا تكون سبباً فـي إصـابة الطفل بالأنيميا دون الآخر.

أمـا هدى أحمد (Hoda Ahmed 1998) فقد أكدت فـي دراسـاتها على الطفل العامل على ضرورة حماية الأطفال، فالأعمال التي يقومون بها تسبب لهم أخطاراً جسمية، كما أكدت على اعتلال الصحة العضوية للطفل خصوصاً كلما عمل بأماكن تتسم بالخطورة.

وأخيراً دراسة محمد (Mohamed, 1999) التي هدفت إلى التعرف إلى العوامل الاجتماعية الاقتصـادية التي تؤدي إلـى عمل الأطفال بمدينة أسيوط.

وقد قام الباحث بإجراء مقابلات شخصية فردية مع أفراد العينة البالغ عددهم ٢٩ طفلاً، وعمرهم لا يتجاوز ١٥ سنة. وقد كشفت النتائج أن (٦٣,٤%) من الأطفال العاملين يعملون مدد تتراوح من ٨ _ ١٢ ساعة، ٤١,٧% تركوا المدرسة قبل إكمال التعليم بمرحلة التعليم الأساسي وذلك لأسباب عديدة منها: (فقدان الرغبة في استمرار التعليم، الفشل المتكرر، الإهمال الأسري، المشاكل المالية، موت الوالدين). كما كشفت الدراسة عن أن ٥٩% من الأطفال يعيشون متنقلين بين الأب والأم لأن كليهما منفصل عن الآخر.

تعقيب على الدراسات السابقة:

عرض الباحث فيما سبق كل ما أمكنه الحصول عليه على المستوى المحلي والدولي فيما يتعلق بظاهرة عمالة الطفل في مختلف المجالات التي تناولت الظاهرة سواء في علم النفس أو علم الاجتماع أو في الطب. ولعله من الأفضل الآن أن نتناول تلك الدراسات _ إذا جاز للباحث _ بالتعقيب.

١- ندرة البحوث التي تناولت دراسة المتغيرات النفسية لدى الطفل العامل بصفة عامة.

٢- البحوث التي أشارت إلى تأثير الأسرة على الطفل العامل لم تتناول في دراساتها الاضطرابات النفسية العديدة التي يمكن أن تحدثها تلك الأسر على الطفل العامل.

٣- النظر إلى عمالة الطفل على أنها راجعة إلى الظروف الاقتصادية للأسرة فقط دون النظر مثلاً إلى العلاقة بين وفاة الأب والأم معاً وعمل الطفل، أو أن الطفل العامل يعيش مع زوجة أبيه أو زوج أمه مما يضطره إلى العمل سواء رغماً عنه أو طوعاً.

٤- هناك أسر مستواها المادي منخفض ومع ذلك لا تدفع الأطفال للعمل وهذا ما لم تلتفت إليه أية دراسة.

٥- الدراسات التي تناولت الخصائص النفسية لدى الطفل العامل كانت دراستين فقط، هاتان الدراستان لم تتناولا سوى متغير التوافق العام والشخصي الاجتماعي.

٦- أغلب البحوث لم تهتم بالعلاقة بين ظروف الطفل غير المادية وبين اضطراب سلوكه.

٧- لم تتناول أية دراسة سابقة متغيرات البحث الحالي وعددها تسعة متغيرات، وهي إضافة يأمل الباحث أن تضاف قيمتها للبحث.

٨- تعاني الدراسات السيكولوجية من قلة الدراسات التي تناولت دراسة الطفل العامل.

٧- فروض الدراسة:

١- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأطفال العاملين وغير العاملين من صغار السن في متغيرات تقدير الشخصية وهي: العدوان والعداء، الاعتمادية، والتقدير السلبي للذات، وعدم الكفاية الشخصية، وعدم التجاوب الانفعالي، وعدم الثبات الانفعالي، والنظرة السلبية للحياة، وذلك لصالح عينة الأطفال العاملين من صغار السن.

٢- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأطفال العاملين وغير العاملين من صغار السن في متغير قوة الأنا لصالح عينة الأطفال غير العاملين من صغار السن.

٣- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأطفال العاملين وغير العاملين من كبار السن في متغير الشخصية المتوافقة لصالح عينة الأطفال غير العاملين من كبار السن.

٨ـ الإجراءات المنهجية للبحث:

١ـ عينات البحث:

تكونت العينة الكلية للبحث من ١٨٠ طفلاً موزعة على النحو التالي:

أـ عينة الأطفال الصغار:

١ـ ٣٠ طفلاً من العاملين بورش إصلاح وصيانة السيارات وورش الحدادة، وورش النجارة حيث يعملون كصبي ميكانيكي، وصبي حداد، وهم جميعاً من مدينة المنصورة من (منطقة الحسينية، وشارع الجلاء، وشارع عبد السلام عارف) وقد كان متوسط عمر هذه العينة ١١,٥٧ ± ١,٠٥.

٢ـ ٣٠ طفلاً من غير العاملين، وهم جميعاً تلاميذ يدرسون بمرحلة التعليم الأساسي. وقد كان متوسط عمر هذه العينة ١١,٥٣ ± ٠,٥٠، هذا ولم يكن الفرق بين المتوسطين جوهرياً فقيمة (ت) كانت ٠,٢٦.

ب ـ عينة الأطفال الكبار:

تكونت هذه العينة من ١٢٠ طفلاً موزعة على النحو التالي:

أـ ٦٠ طفلاً من العاملين بذات الأماكن السابق ذكرها سواء بمناطق التطبيق أو أماكن العمل. وقد كان متوسط عمر هذه العينة ١٦,٣٦ ± ١,٢٤.

ب ـ ٦٠ طفلاً من غير العاملين وهم جميعاً يدرسون بمرحلة الثانوية العامة، وقد كان متوسط عمر هذه العينة ١٦,٢٠ ± ١,٠٦. هذا ولم يكن الفرق بين المتوسطين جوهرياً حيث كانت قيمة (ت) = ٠,٢٦.

٢ـ التطبيق ووصف العينة:

أولاً: عينتا الأطفال العاملين من الصغار والكبار:

تم التطبيق عليهم في مناطق وأماكن العمل السابق ذكرها، وقد كان التطبيق يتم بشكل فردي، وأحياناً كان الباحث يجد طفلين يعملان بورشة

واحدة، أحدهما كبيراً والآخر صغير، أو أن يكونا صغيرين أو كبيرين، فيتم التطبيق عليهما بصورة فردية في وقت واحد. والعينتان جميعهما من المتسربين من مرحلة التعليم الأساسي اعتباراً من الصف الخامس، وذلك نظراً لظروفهم الأسرية الصعبة التي تراوحت ما بين طلاق الوالدين وزواج إحداهما أو كليهما واضطرار الطفل للمعيشة مع زوجة الأب أو زوج الأم، أو بسبب الصراع المستمر والشجار الدائم بين الأب والأم، وهجر المنزل. وقد استغرقت مدة التطبيق على هاتين العينتين سبعة أشهر ونصف.

ثانياً: عينتا الأطفال غير العاملين من الصغار والكبار:

بالنسبة للأطفال صغار السن فقد تم التطبيق عليهم أيضاً بشكل فردي، وهم جميعاً من مدرستي الأمام محمد عبده، وعمر بن عبد العزيز، أما الأطفال كبار السن فهم جميعاً من مدرسة المنصورة الثانوية بنين. وقد تم التطبيق عليهم بشكل فردي أيضاً. وأفراد العينتين يعيشون في كنف أسرهم، ولم يسبق لأحد منهم أن عمل من قبل. وقد استغرقت مدة التطبيق أربعة أشهر. وبذلك يكون إجمالي مدة التطبيق أحد عشر شهراً ونصف.

ورغم تجانس العينات من حيث متغيرات السن وأنهم يقيمون في منطقة جغرافية واحدة تقريباً، إلا أن عينتي الأطفال العاملين من الصغار والكبار تعد ذات مواصفات خاصة لكونهما لم يكملا تعليمهما، كذلك فإن الاختبارات والمقاييس التي تلائم مستواهم العمري أخذت بياناتها الأساسية واعتمدت معاييرها على تلاميذ يندرجون في صفوف التعليم. لذا فقد قام الباحث بتطبيق اختبار الذكاء المصور الذي أعده أحمد زكي صالح على عينات البحث، وهو من الاختبارات التي قننت في العديد من الدراسات وله قدر من الثبات والصدق يمكن الوثوق بهما والاعتماد عليهما. والسبب في اختيار هذا الاختبار أنه لا يحتاج إلي استخدام اللغة إلا في شرح التعليمات وما على الطفل

إلا أن يختار الشكل المخالف من بين خمسة أشكال متشابهة، ولأنه اختبار غير لفظي لذا فهو سهل التطبيق، ولا يستغرق وقت طويل مقارنة ببعض اختبارات الذكاء الأخرى، كذلك فهو مناسب للعينات لأنه يصلح للتطبيق على الأفراد من سن ٨: ١٧. والاختبار مبني على فكرة التصنيف ويعطي دلالة جيدة على تقدير القدرة العقلية العامة. والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول رقم (١)

يوضح عينات البحث من حيث متغير الذكاء

صغار عاملون		صغار غير عاملين		ت	الدلالة	كبار عاملون		كبار غير عاملين		ت	الدلالة
م	ع	م	ع			م	ع	م	ع		
٨٩,٣٣	١٦,٧٠	٩٠,٤	١٦,٨٣	٠,٣٥	غير دالة	١٠٠,٩٤	٢٠,٥٣	١٠٦,١٢	٢١,٠٢	١,٩٢	غير دالة

٣- أدوات البحث:

أ- استبيان تقدير الشخصية (أ. ت. ش):

وهو من تأليف "رونالد ب رونر"، وقد أعده للعربية ممدوحة سلامة. والاستبيان أداة للتقدير الذاتي أعدت بهدف الحصول على تقدير كمي لشخصية الطفل، وكيف يدرك نفسه وفقاً لسبعة أبعاد هي:

١- العدوان والعداء.
٢- الإعتمادية.
٣- تقدير أو تقييم الذات.
٤- الكفاية الشخصية.
٥- التجاوب الانفعالي.
٦- الثبات الانفعالي.
٧- النظرة للحياة.

والاستبيان يصلح للاستخدام في أغراض بحثية متعددة في مجال الطفولة نظراً لتعدد الخصائص النفسية التي يقوم بقياسها. ولهذا الاستبيان

صورة خاصة بالكبار تستخدم مع المراهقين والبالغين، وأخرى خاصة بالأطفال وهي المستخدمة في البحث الحالي. ويقوم المستجيب لأي من الصورتين بالإجابة على العبارات وفقاً لرؤيته لمدى انطباق كل منها عليه. وقد وضعت الدرجة عن كل عبارة وفقاً لأربعة مستويات.

وقد صمم الاستبيان ووضعت درجات العبارة بحيث تشير الدرجة المرتفعة إلى الجانب السلبي من السلوك المراد قياسه وهكذا، فكلما ارتفعت الدرجة على مقياس ما كان ذلك مؤشراً لزيادة السلوك السلبي، أي العدوان والعداء بالنسبة للمقياس الفرعي الأول، أو الاعتمادية في المقياس الفرعي الثاني، أو انخفاض تقدير الذات في المقياس الفرعي الثالث، أو عدم الكفاية الشخصية، وعدم التجاوب الانفعالي، وعدم الثبات الانفعالي، والنظرة السلبية للحياة، وذلك في المقاييس من الرابع إلى السابع على الترتيب.

هذا وقد صيغت بعض عبارات الاستبيان بعكس اتجاه العبارات الأخرى بحيث تسير إلى الجانب الإيجابي من السلوك المراد قياسه، وذلك للتخفيف من الميل لاتخاذ نمط ثابت للاستجابات Response Set هذا وكل مقياس فرعي يحتوي على ست عبارات بمجموع كلي (٤٢) مفردة، والاستبيان له صوره للكبار بها نفس المقاييس الفرعية مع اختلاف عدد العبارات الكلي وصياغة العبارات.

ب ـ مقياس قوة الأنا:

وهو من تأليف "بارون ف"، وقد أعده للعربية علاء الدين كفافي، وهو مقتبس من اختبار الشخصية متعدد الأوجه (MMPI). والمقياس كما يقول معده له مهمتان رئيستان الأولى: قياس قوة الأنا، أي قدرته على القيام بوظائفه أو قوة الأنا كمتغير في الشخصية. والثانية هي التنبؤ بمدى نجاح

العلاج النفسي، حيث يمكن التنبؤ من خلال الدرجات على المقياس بمدى فاعلية العلاج وجدواه، وذلك بناء على قياس الاختبار لقوة الأنا الكامنة عند المريض، وكلما زادت درجة المريض على المقياس، زاد احتمال شفائه، وقصرت مدة العلاج هذا وقد صنف بارون المقياس في فئات طبقاً لنوع التجانس السيكولوجي لمضمون الفقرات، وهذه الفئات هي:

١- الوظائف الجسمية والثبات الانفعالي Physical Functioning and Physiological Stability

٢- الضعف (السيكاثينيا) والعزلة Psychasthenia

٣- الاتجاهات نحو الدين Attitudes Towards Religion

٤- الوضع الخلقي Moral Posture

٥- الإحساس بالواقع Sens of Reality

٦- الكفاية الشخصية والقدرة على التصرف Personal adequacy, ability to cope

٧- الفوبيات وقلق الطفولة Phobias, infantile anxiety

٨- متنوعات Miscellaneous.

والمقياس يتكون من ٦٤ مفردة، يستجيب عليها الفرد إما بنعم أو لا، وتعطي درجة للاستجابة على كل مفردة.

جـ- مقياس الشخصية المتوافقة:

أعد هذا الاختبار مصري حنورة والسيد فهمي وهو يهدف للتعرف إلى الشخص المتوافق، كيف يكون سلوكه إزاء ما يتعرض له من مواقف، ما هي خصائصه النفسية والوجدانية، واتجاهاته وعلاقاته مع الغير ونظرته للحياة والناس والدين. والاختبار تتضمن بنوده ما يعرف باسم مجاليه التوافق ومنها

التوافق الدراسي والمهني والترويحي، وكذلك توافق الحياة الجنسية، وأيضاً ما يعرف باسم صحية التوافق، فالتوافق يستهدف الرضا عن النفس وراحة البال والاطمئنان نتيجة الشعور بالقدرة الذاتية على التوافق أو التكيف مع البيئة والتفاعل مع الآخرين، أيضاً من حيث أنها الوسيلة التي يشبع بها الفرد حاجاته التي تثير دوافعه. كذلك يكون الفرد متوافقاً إذا هو أحسن التعامل مع الآخرين بشأن هذه الحاجات وإجادة تناول ما يحقق رغباته بما يرضيه ويرضى الآخرين أيضاً ... الخ.

هذا ويتكون المقياس من (٤٦) بنداً تعبر جميعها عن التوافق. ويجاب على كل بند في ضوء مقياس مكون من خمسة درجات، فالدرجات (١: ٥) سلبية تمتد إلى الإيجابية، وذلك من خلال تعبير الفرد عن عدم توافقه إلى توافقه. والاختبار يمكن أن يطبق في موقف فردي أو في موقف جمعي. والدرجة العالية تعني توافق الفرد والعكس صحيح، وهي تدل بصفة عامة على توافق الفرد في تعامله مع المواقف المختلفة.

٤- ثبات أدوات البحث وصدقها:

١- ثبات استبيان تقدير الشخصية وصدقه:

تم إعداد الاستبيان باللغة العربية وفقاً لتعليمات البعد الأصلي وأتبا نفس خطوات إيجاد الصدق والثبات وقد تراوحت معاملات ثبات ألفا لكرونبا للمقاييس الفرعية للأداة ما بين ٠,٥٦، ٠,٧٩. ومعامل ألفا أداة إحصائي حساسة لأخطاء العينة والقياس. ومعامل الثبات بهذا الشكل تشير إلى مستوى طيب للنسخة العربية للاستبيان بمقارنة معاملات الثبات بالعينة الأمريكية. كذلك تم إيجاد التجانس الداخلي للمفردات بحساب معاملات الارتباط بين درجه كل مفردة ومجموع المقياس الفرعي الذي تنتمي إليه. وقد كانت معاملات الارتباط الخاصة بجميع مفردات الاستبيان (٤٢ مفردة) دالة. والاستبيان تم

التحقق منه من صدق تكوينه الغرض عن طريق التحليل العاملي، وقد تم استخلاص أربعة عوامل هي التقييم السلبي للذات وعدم الثبات الانفعالي وعدم التجاوب الانفعالي وهي نفس العوامل التي استخلصها "رونر".

وقد قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب ثبات الاستبيان، بأتباع طريقة التجزئة النصفية (فردي- زوجي) لعبارات الاختبار البالغ عددها (٤٢) عبارة، وبتقدير قيمة معامل ارتباط النصفين وجد أنه مساوياً (٠,٥٩)، وبحساب معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان بروان للتصحيح وجد أنه مساوياً (٠,٧٤). أما صدق الاختبار فقد تم حسابه بطريقة صدق الإنسان الداخلي، وذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط البينية بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس، وقد تراوحت جميع معاملات الارتباط بين (٠,٦١، ٠,٨٥) وهي جميعها دالة عند مستوى (٠,٠١).

٢- ثبات مقياس قوة الأنا وصدقه:

قامت العديد من الدراسات والبحوث لدراسة ثبات مقياس بارون لقوة الأنا منها محمد ربيع شحاته، ١٩٧٨، نادية الشرنوبى، ١٩٨٢، علاء كفافي، ١٩٨٢، رشاد موسى وليلى بدوي، ١٩٨٧، ورشاد موسى وليلى مصطفى وصلاح الدين أبو ناهية، ١٩٨٨، حسين على فايد ١٩٩٧.

أما عن صدق المقياس فقد قام العديد من الباحثين بإيجاد صدقه منهم علاء كفافي، ١٩٨٢، ١٩٨٦، رشاد موسى وليلى بدوي ١٩٨٧، رشاد موسى وليلى مصطفى وصلاح الدين أبو ناهية، ١٩٨٨، وحسين فايد ١٩٩٧ (رشاد موسي، ١٩٨٨، وحسين فايد، ١٩٩٧). وقد أكتفى الباحث في بحثه الحالي بما حققه هذا المقياس من نتائج في تلك البحوث السابقة وبما حققه من قدر عال من الثبات والصدق.

٣ـ صدق مقياس الشخصية المتوافقة وثباته:

قنن هذا المقياس في دراسة سابقة (السيد فهمي، ١٩٩٤) على عينة قوامها ٢٠٠ فرد (مائة ذكور ومائة إناث). وقد تم حساب صدقه وثباته وتركيبه العاملي كما يلي:

أولاً: الصدق: تم حساب الصدق بثلاث طرق هي:

أ- صدق المحكمين والذي استخدم الباحث تقديراتهم بعد ذلك لحساب النسبة المئوية بما يسمى معامل اتساق كيندال أو معامل ارتباط كيندال. وقد كانت القيمة مساوية لـ ٠,٧٧، وهذا يعني أن هناك اتفاقاً أو اتساقاً بين المحكمين لبنود المقياس.

ب- الصدق العاملي: تم حساب الصدق العاملي عن طريق التحليل العاملي للمصفوفة الارتباطية لبنود المقياس، وقد أظهر التحليل العاملي أنماطاً متسقة من العوامل التي تكشف عن أتساق في العلاقات بين البنود والتي تقع في زملة واحدة.

ج- صدق المفردات أو الاتفاق الداخلي: حسب بإيجاد معامل الارتباط بين كل وحدة من وحدات المقياس والمقياس كله، وقد تراوحت الدلالة بين (٠,٠٥، ٠,٠١).

ثانياً: الثبات: حسب الثبات بالطرق الآتية:

أ- طريقة ثبات الاستقرار: حيث كانت جميع معاملات الثبات دالة عند (٠,١) لدى الذكور والإناث والعينة الكلية.

ب- طريقة الاتساق الداخلي: حسب الثبات بطريقتين:

١- الطريقة الأولى: بقسمة البنود إلى فردي وزوجي، وقد تراوحت معاملات الثبات بعد التصحيح بين (٠,٦١، ٠,٨٤) لدى العينات الثلاثة.

٢- الطريقة الثانية: بين البنود الفردية والزوجية مع الدرجة الكلية، وقد وجد أن معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية والنصف الفردي تتراوح بين (٠,٨٣، ٠,٩٣)، كما كانت معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية والنصف الزوجي تتراوح بين (٠,٨٧، ٠,٩٣).

وفي الدراسة الحالية تم حساب ثبات الاختبار بطريقة التجزئة النصفية فكان معامل الارتباط مساوياً لـ ٠,٧٩، ومعامل الثبات مساوياً لـ ٠,٨٦ تقريباً، كما تم حساب الصدق الذاتي للمقياس فكان مساوياً لـ ٠,٨٩، إذ أن الصدق الذاتي له أهميته القصوى في تحديد النهاية العظمى لمعاملات الصدق التجريبي والصدق العاملي، أي أن الحد الأدنى لمعامل صدق الاختبار يساوي معامل صدقه الذاتي وبالتالي لا يمكن أن تتجاوز القيمة العددية لمعامل صدق الاختبار معامل صدقه الذاتي (فؤاد البهي، ١٩٧٩: ٥٥٣).

تاسعاً: الأساليب الإحصائية:

حسب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لعينتي البحث، وكذلك اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات عينات البحث.

النتائج ومناقشتها:

جدول رقم (٢)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت)

لمتغيرات استبيان تقدير الذات لدى الأطفال العاملين وغير العاملين من صغار السن

المتغيرات	الطفل العامل		الطفل غير العامل		ت	الدالة
	م	ع	م	ع		
العدوان/ العداء	١٥,٢٧	٤,٢٣	١٢,٨٣	٣,١٦	٣,٥٥	٠,٠١
الإعتمادية	١٩,١٧	٣,٢٨	١٩,٥	٢,٧٩	٠,٥٩	غير دالة
التقدير السلبي للذات	١١,٧٧	٣,٦٨	١١,٣	٢,٧٩	٠,٧٨	غير دالة
عدم الكفاية	١٣,٥	٣,٠٧	١١,٤٣	٢,٥٨	٣,٩٦	٠,٠١
عدم التجاوب الإنفعالي	١٣,٢	٢,٨١	١١,٥٧	٢,٧٨	٣,١٧	٠,٠١
عدم الثبات الانفعالي	١٧,٢٣	٣,٢٥	١٥,٣٣	٢,٥٩	٣,٥٢	دالة
النظرة السلبية للحياة	١٣,٠٧	٣,٤٣	١١,٣	٢,٢٣	٣,٣٢	٠,٠١

جدول رقم (٣)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت)

لمتغير قوة الأنا لدى الأطفال العاملين وغير العاملين من صغار السن

المتغيرات	الطفل العامل		الطفل غير العامل		ت	الدالة
	م	ع	م	ع		
قوة الأنا	٣١,٢٧	٥,٥٤	٢٨,٨	٥,٠٤	٢,٥٣	٠,٠٥

جدول رقم (٤)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت)

لمتغير الشخصية المتوافقة لدى الأطفال العاملين وغير العاملين من كبار السن

المتغيرات	الطفل العامل		الطفل غير العامل		ت	الدالة
	م	ع	م	ع		
الشخصية المتوافقة	١٦٠,٦٥	١٠,٣٨	١٧٧,٦٦	١٤,٣١	١٠,٥٠	٠,٠٠١

مناقشة نتائج الفرض الأول:

بالنظر في جدول (٢) يلاحظ ما يلي:

أولاً: بالنسبة لمتغير العدوان/ العداء، كانت قيمة (ت) دالة عند مستوى (٠,٠١) لصالح الأطفال العاملين صغار السن، والنتيجة بهذا الشكل تعني أن الطفل العامل أكثر عدوانية من غير العامل ويتمثل عداؤه هذا في أنه إما أن يواجهه داخلياً بالغضب والاستياء نحو الذات أو خارجياً نحو الآخرين أو نحو الأشياء والمواقف. ووفقاً لتعليمات الاختيار فإن عدوان تلك الفئة يتنوع ما بين العدوان اللفظي على هيئة نقار أو شجار أو تهكم لاذع أو استهزاء، أو التحقير والسباب، أو توجيه الضرب والركل واللكم ضد الآخرين كذلك فقد يتجه هذا العدوان نحو تدمير أتلاف الأشياء عن قصد والإطاحة بها وهذه النتيجة تعد منطقية جداً، ونظراً لما يتعرض له هؤلاء الأطفال من ظروف قاسية في الأسرة وفي العمل، فهم يهانون ويحقرون ويضربون كل يوم، وطبيعي مع هذا كله

أن يتولد لديهم شعور بالعداء والغضب إزاء كل الإهانات خصوصاً الإهانات الجسدية التي يلقاها من صاحب العمل ومن يطلق عليهم لفظ "صنيعية" أو "المعلمين".

ثانياً: بالنسبة لمتغير الاعتمادية، تبين عدم وجود دلالة بين العينتين وهي نتيجة أكثر من منطقية أيضاً فكلاهما طفل، وكلاهما يحتاج إلى الاعتماد على الآخرين والشعور بالطمأنينة مع قدر من الإرشاد والتوجيه يسعى كلاهما نحو الحصول على عطف وحنان واستحسان وتشجيع الآخرين، فهذا في مكان العمل والمنزل المتصدع وذاك في المدرسة ومع الأصدقاء والأسرة. إن طفولتهم البريئة تذهب بهما نحو الحصول على عون الآخرين حين يمران بمشكلات خاصة أو عادية. إن كل ما سعى إليه كلاهما هو الحصول على اهتمام ومحبة ودفء الكبار، وجذب الانتباه، والتشبث بالكبار مع عدم الطمأنينة والقلق في غياب مصدر التشجيع أو العطف، أياً كان هذا المصدر.

ثالثاً: بالنسبة لمتغير التقدير السلبي للذات، تبين أيضاً عدم وجود دلالة بينهما، وإن كانت درجة المتوسط أعلى لدى عينة الأطفال العاملين، بما قد يشير إلى عدم قبولهم لأنفسهم وشعورهم بالنقص عند مقارنتهم بالآخرين، ليس هذا بمستغرب أن يكون هذا هو شعور الطفل العامل، فأين هو من أقرانه الذين ينعمون بالحياة الأسرية الدافئة؟ أين هم من يد الأب التي تعطي الثقة وتبث الأمن؟ أو حنان الأم وعطفها الأم التي تؤكد هوية الطفل كما جاء في سياق هذا البحث الحالي.

رابعاً: بالنسبة لمتغير عدم الكفاية، إن الكفاية الشخصية تعني تقييم الفرد لكفاءته للقيام بالمهام العادية ومدى قدرته على معالجة المشكلات اليومية والوفاء بحاجاته شكل يرضي عنه هو، هذه الكفاية لا تتوفر

للطفل العامل على الإطلاق، فالدلالة في صالحه، وهذا يعني أنه يشعر بالعجز والضآلة، مع الشعور بالفشل والقدرة على التنافس بنجاح من أجل ما يريد الحصول عليه أو فيما يهمه من مهام، وهذه النتيجة تتناسق تماماً مع سابقتها ويكونان صورة عامة نحو تقييم الذات بشكل عام، فعدم قبول الفرد لنفسه وعدم شعوره بكفايتها يتناغمان معاً ليعلمنا أن المشاعر والاتجاهات والإدراكات المتعلقة بالذات تمتد نحو الطرف السلبي.

خامساً: بالنسبة لمتغير التجاوب الانفعالي، لم تتغير تلك النتيجة عن سابقيها، فالدلالة لصالح الطفل العامل، فاقد القدرة على التعبير بحرية وتلقائية عن مشاعره وانفعالاته تجاه الآخرين، هذا الطفل العامل وفقاً لهذه النتيجة يصعب عليه قبول المودة رغم حاجته لها، وكذلك مشاعر الحب من الآخرين، إذ لا يمكنه أن يبادل الآخرين هذا العطف والحب، ولم لا وفاقد الشئ في بعض الأحيان لا يعطي ما حرم منه، وهم من قتلت طفولتهم واغتيلت براءتهم بسبب ظروف أسرية كان من الممكن تفاديها. أنه يفتقد التلقائية في التعبير، وكيف يعبر وكل ما يعيشه يتمثل في أوامر صارمة قاسية صادرة إليه، عنف وتوبيخ دائمين، التعبير الوحيد الذي يمكنه هو أن يغضب وأغلب الظن سيكون غضباً داخلياً يضره ضرراً شديداً خشية صاحب العمل أو "الصناعي" الكبير.

سادساً: بالنسبة لمتغير عدم الثبات الانفعالي، أبرزت النتائج ما يؤكد عدم ثبات هذا الطفل انفعالياً، الدلالة في جانبه، وليتها دلالة إيجابية بل سلبية، تؤكد على أن الطفل العامل تعتري حالته المزاجية تأرجح لا يمكن التنبؤ به أو تحديده. أنه يتنقل بسرعة من مشاعر البهجة والسرور إلى مشاعر الغضب وعدم الرضا، إنه اضطراب نفسي، كذلك

فهو يتحول من الشعور بالمودة إلى الشعور بعدم الرضا ومنطقية هذه النتيجة تتأكد حينما نقلب صفحات البحث والنتيجة الحالية، فالظروف الأسرية الصعبة وحالات الطلاق والانفصال لا تساعد الطفل على التوافق بل تدفعه نحو عدم الثبات، والعدوانية وكلاهما يشيران بوضوح إلى طفل يعاني خللاً في التكوين النفسي له، إن وجود الأب بشكل دائم يعني سواء الطفل، وأطفال هذا البحث غير أسوياء، ينزعجون عند أدنى توتر ويضطربون لأدنى صعوبة، وأخيراً من السهل استثارتهم.

سابعاً: النظرة السلبية للحياة: كيف تكون حياة طفل عدوان، اعتمادي ينظر لذاته نظرة سلبية، يعاني من عدم الكفاءة، غير متجاوب انفعالياً، متجمد، قتلت طفولته، واغتيلت براءته، متذبذب. متأرجح بين الرضا والغضب، إنها حياة من يرى العالم من حوله كمكان ملئ بالأخطار، والتهديد وعدم اليقين، مكانه غير طيب وغير آمن. إنها حياة الطفل العامل الصغير الذي لم يتجاوز الثالثة عشر، ويعمل في الوقت الذي مفروض فيه أن يلهو أن يمرح، أن يحقق ذاته، أن يؤكد كيانه. وفي النهاية فإن النتيجة النهائية للفرض تعني أنه قد تحقق بشكل كبير، وبما يعني أن الأسرة حين يتصدع بناؤها ويعمها الصراع الدائم فإن ذلك ينعكس على عوامل أو متغيرات تقدير الطفل لشخصيته.

مناقشة نتائج الفرض الثاني:

بالنظر إلي جدول (٣) يتبين وجود دلالة لصالح عينة الأطفال غير العاملين، فقوة الأنا في حوزتهم، والتي هي الركيزة الأساسية في الصحة النفسية، والنتيجة بشكل عام تعني ثباتهم الانفعالي، وتوافقهم مع الذات والمجتمع، وخلوهم من الأعراض العصابية، والإحساس الإيجابي بالرضا والكفاية. وهي نتيجة تتسق تماماً مع درجاتهم على متغيرات تقدير الشخصية

وتؤكـد علـى أن الأسـرة إذا وفـرت لأبـنـائها كـل مـا يحـتاجون واحتضـنتهم ودعمـتهم علـى طول الخط شبوا عن الطوق وهم أصحاء نفسياً، ويا لها من كلمـة، فسواء الفرد نفسياً يعنـي توافقاً عامـاً، وخلواً من الكثير من الأمراض العضوية التـي تصـاحب اعتلال الصحة النفسية والتـي يطلـق عليها الأمراض السيكوسـوماتية أو الأمـراض الـنفس جسـمية. والنتـيجة بهـذا الشكل تعنـي عصابية الأطفـال العاملين، فمـناخهم مناسب لنمو المرض النفسي، وكلما زاد نصيبهم مـن العصـابية كانـت كمـية الضـغوط اللازمـة لأحداث العصـاب قليلة. والنتيجة بهذا الشكل تتسق تمامـاً مـع مـا عرض في سياق هذا البحث وتؤكد على أهمية دور الأسرة خصوصاً الأب والأم.

مناقشة الفرض الثالث:

بالـنظر فـي الجدول رقم (٤) يتبين بوضـوح دلالـة مرتفعة عند مستوى (٠,٠٠١)، بمـا يعنـي أن الكـبار العاملـين مـن الأطفـال أقـل توافقـاً بشـكل عـام مقارنـة بذويهم مـن غير العاملين، والنتيجة بهذا الشكل تؤكد علـى أن التوافق العام الـذي يتضـمن مجـالات عديـدة، وعـالم أرحب، واتجـاهات واهتمامات أكثر غير ممـثل لـدى الطفل العامل الكبير الـذي يسـوء توافقـه أكـثر كلما طالت مدة طفولـته التـي يقضـيها فـي العمـل، وكلمـا ازدادت سـلبيته وعـدم كفايـته، فمـا يبيـتون فـيه يصـبحون فـيه، لا تـتعدل أشـياء إيجابـية فـي صـالحهم ولا تتغير ظروفهم الأسرية.

إن مـن الطبيعـي أن يكـون الـتوافق العـام فـي صـالح غيـر العاملين ذلك لأن لدىهم مجـالات عديـدة لا تـتوفر للطفل العامل الكبير مثل التوافق الدراسي والترويحي، وإذا كـان العـامل الطفل الصغير قد أظهر ضعفاً في الأنا وانخفاضاً فـي تقدير الذات فقد لحق بـه الطفل العامل الكبير ولم يتغير شئ بينهما والسبب الظـروف الأسرية التـي زجت بهـم إلـى غياهب الاضـطرابات النفسـية وسـوء

التوافق والتكيف. إن النتيجة النهائية لهذا الفرض تعني أن الأطفال العاملين الكبار لا يعيشون في حالة من الرضا والانسجام سواء مع أنفسهم أو مع مجتمعهم وكل مايحيط بهم من كائنات بشرية وغير بشرية، وتعني أيضاً أن غير العاملين يسلكون السلوك السوي إزاء تحقيق مطالبهم ومطالب بيئتهم. وأنهم قادرون على تغير سلوكهم إذا ما واجهوا موقفاً جديداً أو مشكلة اجتماعية أو خلقية أو نفسية.

وفي النهاية نعود فنتساءل هل لعمالة الطفل الصغير أو الكبير إيجابية، والإجابة - كما يراها الباحث - هي لا، لأن عمالته يعود نتاجها عليه بالسلب، فصحياً كما تؤكد الدراسات السابقة التي عرضت في البحث بلا استثناء، أنه يصاب بعلل وأمراض عديدة وأمراض القلب والدم وأمراض الجلد والأنيميا، وأمراض الصدر، وحالات إسهال، وتعنية والتهاب كبدي وبائي ودم بالبول، وأمراض أخرى عديدة قد يصعب حصرها، ونفسياً فهم يعانون من فقدان الذات وضعف الأنا وسوء التوافق، واجتماعياً فهم يشعرون بالدونية ويعاملون معاملة لا تتسم بالإنسانية في أحيان كثيرة، وعلمياً فهم يفقدون كل سبل الاتصال بالتعليم، فيتسربون منه، ويزداد جهل بعضهم، وتضعف قدرة بعضهم على القراءة بفعل الابتعاد عن التعليم والتسرب المبكر منه، وأسرياً فهم ينتمون لأسر سادها الطلاق، والتفكك الأسري والصراع بين الوالدين.

إن نتيجة هذه الدراسة تتفق مع بعض الدراسات التي أجراها المركز القومي وغيره من عدم توافق الطفل العامل، لكنها أيضاً تؤكد على اعتلال الصحة النفسية بشكل عام للطفل العامل، وهذا ما لم تتناوله أي دراسة سابقة من قبل من حيث متغيرات البحث، فماذا بعد فقدان الأنا وانعدام تقدير الذات وسوء التوافق العام.

تعقيب عام على النتائج:

لقد نصت وثيقة السيد الرئيس/ حسني مبارك رئيس الجمهورية، على اعتبار أن العشر سنوات الماضية من (١٩٨٩ ـ ١٩٩٩) هي بمثابة عقداً لحماية الطفل المصري، تلك الوثيقة التي أقرت مجموعة من العناصر الهامة لحماية الطفل. والسؤال هل تحقق هذا بعد هذه السنوات العشر؟ هل تحقق هذا وما زال بين أركاننا أطفال يئنون، يعانون ظروفاً أسرية صعبة للغاية، لقد أكدت الدراسات على أن أسر الطفل العامل ينامون معاً في أماكن مزدحمة وبكثافة في مكان المعيشة، ينتمون لآباء أميون في الغالب أو توقفوا عن الدراسة (علا مصطفى، ٩٣)، مستواهم التعليمي متدني خصوصاً في الريف عن الحضر (إلهام عفيفي، ١٩٩٣)، والتعليم لابد منه لا للطفل العامل فقط بل لكل البشر، إنه يساعد على نمو الذات وعلى التوافق النفسي (إنشراح، ١٩٩٢، على الديب، ١٩٩١) وكل الأطفال العاملين محرومون من الدراسة، فمنهم من لم يكمل تعليمه ومنهم من لم يتعلم أصلاً ولم ير للعلم بصيص نور. إن الطفل العامل يعامل معاملة سيئة، إنه لا يختلف عن أطفال الشوارع حيث يتعرض الإثنان لمختلف أنواع المخاطر والاستغلال، ويحرم العديد منهم من مختلف ألوان الحماية والرعاية القانونية والاجتماعية والأسرية والنفسية، مما قد يدفعهم إلي الانحراف وإلي تيار الجريمة. وما أكثر ما حدث من هذا ـ والعنف الموجه للمجتمع بأسره (محمد سيد، ٢٠٠٠: ١٩٧٩)، وأطفال الشوارع يشملون المشردين والمتسولين وغيرهم، كلهم أطفال، كلهم يعيشون ظروفاً تنوء بحملها الجبال، ففي أحد الدراسات على مجموعة من الأطفال المتسولين المنحدرين عن أسر مستواها متدني تبين أنهم يعانون من مشاكل في القلب والصدر، وقسوة الأب، ويعانون مشاعر القهر، ويتعرضون للطرد، أحلامهم مفزعة، ولديهم الرغبة في تحطيم الأشياء، وهم مصابون بأمراض

جلديـة مزمـنة ويتعرضـون كثيراً للإسـاءة النفسـية (إيمـان صبري، ٢٠٠٠، Senanyake,1998)، والمشـردون تبيـن أنهـم عدوانـيون، يمـيلون للوحـدة النفسـية، أقل تقديراً لذواتهم لا يرون قيمة لأنفسـهم ولا يشـعرون بمشـاعر التقـبل مـن الآخريـن، ممـا يجعلهـم لا يسـتطيعون تحقـيق ذواتهـم ويشـعرون بالعجز والفشل فـي إنجازاتهم مما ينمي لديهم الشعور بالدونية، الشارع بكل خبراته هو مرجعهم الوحيد (جمـال مختـار، ٢٠٠٠) إنهم وغيرهم إفرازات أسر متدنـية في كل شئ، وستظل أصابع الاتهام تشير إلى الأسر التي لا ترعى أطفالهـا وتحطـم فـيهم الـذات، فمـاذا لـو زاد عـدد تلـك الأسـر، وزاد معهـا عـدد الأطفـال العاملين، أغلـب الظـن أنـنا سيكون لدينا بعد عقد أو زيـادة، ملاييـن الأطفـال مـن مضـطربي الشخصـية، سيئ التكـيف، هـؤلاء الأطفـال سيكبرون، ويبنون أسـرهم أيضـاً، فمـاذا تنـتظر منـهم. مـاذا لـو أن كـل قـادر مـد يد العون بجانـب الدولـة ومـا تقدمـه لمواطنـيها، ومـاذا لـو تماسـك الوالـدان وحـافظاً قـدر استطاعتهما علـى أطفـالهمـا. إنـنا لـو قضـينا علـى عمـالة الأطفال سنقضي على بطالة الكبار.

علينا أن نمد يد العون لأسر الأطفال العاملة، فالدولة وإن كانت تتحمل أعباء دعم السلع الأساسية، وتوسعت في تطبيق نظام الأسر المنتجة، فإن ذلك لا يغنـي عن كفالة المعاش الملائم والدعم المالي للأسر المعدمة أو ذات الدخل المحـدود، يجـب أن تدخـل الأسـر المعدمـة نظـام الضـمان الاجتمـاعـي، والـذي يتضـمن نظـم الضـمان بمـا يسـمى "بشـبكة الأمـان" التـي تغنـي المواطـن مـن العوز والحرمان (عـادل عـازر، ١٩٩١) لكي نحمي الطفولة، ففي حمايتنا لـها حمايـة لمستقبل الأمـة كلهـا (حـامد الفقـي، ١٩٧٥، ٧) ولن نحمي الطفولة إلا إذا قضـينا علـى بيت الداء، وبيت الداء الأسرة المولدة للمرض، إذاً يجب علينا أن نخطـط لبنـاء الأسرة، وفقاً لنموذج فعال · يث يتمتع بأخلاقيات مستمدة من

الدين وحب الوطن ولا تبتعد عن طبيعة العصر، مع سلوكيات عملية تجعل منها أسرة متماسكة واعية، منتجة بكامل أفرادها، علينا العناية بالأطفال جيل المستقبل الذي سيكون على يديه التغيير، عناية نوعية تتصل بنموهم الجسدي والعقلي والمعرفي والروحي، وإعدادهم لتنمية المهارات التي يحتاج إليها المجتمع بالفعل وفق ما يصلحون له وما يبرعون فيه(كافيه رمضان،١٩٨٧)، علينا ألا نعرضهم للإيذاء النفسي والاجتماعي وهو ما يتحقق لو حرمناه من الحب والعناية والرعاية، وألا نسئ له حتى يكون لدينا طفل سوي قادر على التحكم والضبط والثقة بالنفس (عزة كريم، ١٩٩٣، صالح حزين، ١٩٩٣)، ونختتم البحث بالقول بأن الطفل إذا عاش في بيئة تنتقده تعلم أن يلعن الآخرين، وإذا عاش في بيئة تكرهه تعلم أن يحارب الآخرين، وإذا عاش في بيئة تخيفه تعلم أن يكون متوجساً للشر، وإذا عاش في بيئة تشفق عليه تعلم أن يأسى لنفسه، وإذا عاش في بيئة حقودة تعلم الإحساس بالذنب، وإذا عاش في بيئة متساهلة تعلم أن يكون مريضاً، وإذا عاش في بيئة تشجعه تعلم أن يثق في نفسه، وإذا عاش في بيئة تمتدحه تعلم أن يكون قادراً، وإذا عاش في بيئة تشعره بالتقبل تعلم أن يكون محباً. (وفيق صفوت، ١٩٩٨: ١٥).

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

١- أحمد زكي صالح (١٩٧٨). اختبار الذكاء المصور، القاهرة: دار النهضة العربية.

٢- آمال عبد السميع طه (١٩٩٥). دراسة إكلينيكية للتمييز بين حالات القلق والاكتئاب لدى الأطفال، المجلة المصرية للدراسات النفسية، القاهرة، العدد (١١)، ص ١٣٥: ١٥٥.

٣- السيد فهمي علي (١٩٩٤). العلاقة بين الزحام وبعض متغيرات الشخصية والتوافق النفسي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب: جامعة المنوفية.

٤- السيد حنفي عوض (١٩٨٧). العمالة الجائلة: بحث في ضوء علم الاجتماع الحضري، القاهرة: مكتبة وهبه.

٥- إلهام عفيفي (١٩٩٣). أثر البيئة الاجتماعية على الطفل، مؤتمر الطفل وآفاق القرن الحادي والعشرون، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ٢٩ ـ ٥٦.

٦- إنشراح محمد الدسوقي (١٩٩١). التحصيل الدراسي وعلاقته بكل من مفهوم الذات والتوافق النفسي (دراسة مقارنة) مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٢٠)، ص ٦٢ ـ ٧٧.

٧- إيمان محمد صبري إسماعيل (٢٠٠٠). إساءة معاملة الأطفال: دراسة استطلاعية عن الأطفال المتسولين، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٥٣)، ص ٢٤ ـ ٥٢.

٨- جمال مختار حمزة (١٩٩٧). عمالة الأطفال "رؤية نفسية"، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٢) ص ١٤٨ ـ ١٦١.

٩- جمال مختار حمزة (٢٠٠٠). أطفال معرضون للتشرد "رؤية نفسية"، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٥٣)، ص ١٤٨ ـ ١٦٠.

١٠- جليل وديع شكور (١٩٩٨). الطفولة المنحرفة، بيروت: الدار العربية للعلوم.

١١- حامد عبد العزيز الفقي (١٩٧٥). دراسات في سيكولوجية النمو، القاهرة: عالم الكتب.

١٢- حسين علي محمد فايد (١٩٩٧). وجهة الضبط وعلاقتها بتقدير الذات وقوة الأنا لدى متعاطي المواد المتعددة، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤٢)، ص ١٤٢ ـ ١٥٥.

١٣- خيري خليل الجميلي وبدر الدين كمال (١٩٩٥) المدخل في الممارسة المهنية في مجال الأسرة والطفولة، الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

١٤- دافيد الكيند (١٩٩٣) مستقبل الطفولة: المفاهيم الجديدة للأبوة والطفولة والمراهقة، ترجمة: عاطف أحمد، مجلة الثقافة العالمية، الكويت، العدد (٥٦)، ص ٨١ ـ ٩٢.

١٥- راتشيل كلام وكريستينا فرانشي (١٩٩١): الإساءة للأطفال وعواقبها، عرض: ممدوحة سلامة، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٢٠)، ص ٦ ـ ١٥.

١٦- رشاد عبد العزيز موسى وليلى مصطفي وصلاح الدين أبو ناهية (١٩٨٨). البنية العمالية لمتغير قوة الأنا (دراسة حضارية مقارنة)، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٧) ص ٤٦ ـ ٥٨.

١٧- رونالد ب رونر: (١٩٨٩). استبيان تقدير الشخصية للأطفال، إعداد: ممدوحة سلامة، القاهرة: الأنلجو المصرية.

١٨- زكية حجازي (١٩٩٩). معوقات النمو المتكامل للطفل في المرحلة الابتدائية، ط (٣)، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

١٩- السيدة/ سوزان مبارك (١٩٩٧). اتفاقية حقوق الطفل: ضرورة إنسانية، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤)، ص ٧ ــ ١٤.

٢٠- سهير كامل أحمد (١٩٨٧). الحرمان من الوالدين في الطفولة المبكرة وعلاقته بالنمو الجسمي والعقلي والانفعالي والمعرفي، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤)، ص ٦٨ ــ ٩٠.

٢١- سهير كامل أحمد (١٩٩٢). الانفصال عن الأسرة في الطفولة وعلاقته بمصدر الضبط والاكتئاب، القاهرة: مجلة دراسات نفسية، المجلد الثاني، الكتاب الأول، ص ١ ــ ٢٤.

٢٢- صالح حزين الدين (١٩٩٣). إساءة معاملة الأطفال، القاهرة: مجلة دراسات نفسية، المجلد الثالث، الكتاب الرابع، ص ٤٩٩، ٥٢٤.

٢٣- عادل عازر وآخرون (١٩٩١). نحو سياسة متكاملة لعلاج ظاهرة عمالة الأطفال، في ظاهرة عمالة الأطفال، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ٢٣٣ ــ ٢٥٣.

٢٤- عادل عازر (١٩٩٨). توظيف البحث العلمي: تجربة في مجال معالجة ظاهرة عمالة الأطفال، القاهرة: دار عطا الله.

٢٥- عبد الستار إبراهيم وعبد العزيز الدخيل ورضوى إبراهيم (١٩٩٣). العلاج السلوكي المتعدد المحاور ومشكلات الطفل، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٢٦)، ص ٦ ــ ١٤.

٢٦- عزة أحمد صيام (١٩٩٩). المخاطر الاجتماعية المصاحبة للالتحاق المبكر بسوق العمل: "دراسة استطلاعية لعينة من الأطفال العاملين

بقطاع إنتاج صغير في مدينة القاهرة"، الجزء الثاني، مجلة كلية الآداب – جامعة المنصورة، ص ٢٤٥ – ٤٥٢.

٢٧- عزة كريم (١٩٩٣). سلوك الوالدين الإيذائي والحماية القانونية للأبناء، مؤتمر الطفل وآفاق القرن الحادي والعشرون، المركز القومي للبحوث والجنائية، ص ١٠٥ – ١٢٩.

٢٨- علاء الدين كفافي (١٩٩٩). الأسرة: علاج التفاعلات الأسرية:(١، ٢) مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٥٠)، ص ٢٠ – ٤٠.

٢٩- علا مصطفى (١٩٩٣). الأطفال العاملون: الحاضر والمستقبل، مؤتمر الطفل وآفاق القرن الحادي والعشرون، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ٢٧٥ – ٢٩٩.

٣٠- علا مصطفى (١٩٩٤). تدريب ورعاية الأطفال العاملين بشبرا الخيمة، المجلة الاجتماعية القومية القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلد (٣١) العدد (٢) ص ٢٧ – ٥٢.

٣١- علا مصطفى (١٩٩٤). استغلال الطفل من خلال العمل، المجلة الاجتماعية القومية، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلد (٣١) العدد (٣) ص ٢٠٩ – ٢٢٠.

٣٢- علا مصطفي أنور (١٩٩٦). عمل الأطفال في السياق العالمي، في عمل الأطفال في المنشآت الصناعية الصغيرة، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ١ – ٦١.

٣٣- على محمد محمد الديب (١٩٩١). نمو مفهوم الذات لدى الأطفال المراهقين من الجنسين، وعلاقته بالتحصيل الدراسي، مجلة علم النفسي، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٢٠) ص ١٠٠ – ١١٧.

٣٤- فؤاد البهي السيد (١٩٧٩). علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، ط (٣)، القاهرة: دراسة الفكر العربي.

٣٥- فؤاد البهي السيد (ب ت) الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة ط (٤)، القاهرة: دار الفكر العربي.

٣٦- كافية رمضان (١٩٨٧). التنشئة الأسرية وآثارها في تكوين شخصية الطفل العربي، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤)، ص ٩١ ـ ١١٠.

٣٧- كاميليا عبد الفتاح (١٩٨٧). الطفل: المستقبل والأمل، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤)، ص ٢٩ ـ ٣١.

٣٨- محمد سيد فهمي (٢٠٠٠). أطفال الشوارع: مأساة حضارية في الألفية الثالثة، الإسكندرية: المكتبة الجامعية.

٣٩- محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٨٦). الأطفال مرآة المجتمع: النمو النفسي الاجتماعي للطفل في سنواته التكوينية، الكويت: عالم المعرفة، العدد (٩٩).

٤٠- مصطفى فهمي (١٩٧٧). سيكولوجية الطفولة المراهقة، القاهرة: مكتبة مصر.

٤١- ميريلا كياراندا (١٩٩٢). التربية الاجتماعية في رياض الأطفال، ترجمة: فوزي محمد عيسى وعبد الفتاح حسن، القاهرة: دار الفكري العربي.

٤٢- نادية حليم (١٩٩٣). الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للطفل المصري، مؤتمر الطفل وآفاق القرن الحادي والعشرون، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ص ١ ـ ١٦.

٤٣- وفيق صفوت مختار (١٩٩٩). مشكلات الأطفال السلوكية: الأسباب وطرق العلاج، القاهرة: دار العلم والثقافة.

٤٤- هدي الشناوي (١٩٩٣). الفقر ووأد الطفولة: دراسة حالة لوضع الطفل داخل تسع أسر فقيرة، مؤتمر الطفل والقرن الحادي والعشرون، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ٢٢٩ ـ ٢٦٠.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

1- Abd El – Latif, F., (1995). Risk factors of psychology problems among chjildren working in workshops in Alexandria, J., Egypt Public Health Assoc., 70 (5 – 6), P. 716 – 732.

2- Amira Gamal, (1995). Injuries among children under 16 who work in car repair small workshops in Ismailia City, Suez Canal UN., Faculty of Medicine, MSC.

3- Bernstein, G. and Barchhardt, C., (1992). Anxiety disorder of childhood and adolescence: A critical review, U. S. A., Annual Progress in child Psychiatry and Development, P 501 – 532.

4- Castillo, D. N., London, D., and Layne L. A. (1995). Occupational injury death of 16 – and 17 – years olds in the U. S. A., Am., J., Public Health, Apr., 85 (4): 590 – 12.

5- Celia Doyle, (1997). Working with abused children, 2 (ed.,), London: Macmillan Press LTD.

6- Charles, G. Lorrd (1997). Social Psychology. New Work: Harcourt Brace College Publishers.

7- Cooper, S. P., and Rothstein. M. A., (1995) Health hazards among working children in Taxas, South Med., J., May, 88 (5): 554.

8- Dale, F. Hay, (1987). Infancy. In: Mark, R. Rosenzweig and Lyman, W. Porter, (ed.,), Annual Review of psychology, V. (37), U. S. A: Annual Reviews Inc.

9- Dunn, k. A. and Runyan, C. W., (1993) Deaths at work among children and adolescents, Am., J., Dis., Child, Oct., 147 (10): 1044. 7.

10- El – Mogazy, et al., (1996). Identification of same socio – demographic factors contributing to child work in Zagazig area, Zagazig Uni., Med., J., 2 (2) 198 – 209.

11- El – Sahn. F, (1992). Dietary patterns and nutritional assessment of working children at Abo – El Dardar industrial in Alexandria City, J., Egypt, Public Health Assoc., 67 (1 – 2): 119 – 145.

12- Engle, T. L., and Lovis Snellgrove (1974). Psychology: Its Principles and Applications, 6 (ed.,), New York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

13- Erica De'Ath., (1989a;). Families and Children, In: Barbara Kahan (ed.,) Child Care, Policy and Practice, London: Hodder and Stoughton, P: 30 – 54.

14- George Kaluger and Meriem Fair Kaluger, (1984). Human Develop – ment: The span of life, 3 (ed.,), St., Louis: Times Mirror/ Mosby College Publishing.

15- Hidayet. N. M, El – Ziadi, H. H. and Kamel, K. F., (1995). Health, social and child labor problems of Alexandria poor urban community, Bull. High Institute of Public Health, 25 (3), 574 – 567.

16- Hoda Ahmed Bassiouni, (1998). Child labor, Suez Canal Uni., Faculty of Medecine, Review Paper.

17- Knight, E. B., Castillo, D. N. and Layne L. A., (1995). A detial analysis of work- related injury among youth treated in emergency departments, Am., J., Ind., Med., Jun., 27 (6), 793 – 805.

18- Lee, C., (1990). The growth and development, 4 (ed.,), London Longman Group Limited.

19- Mariamm Soliman Hagag, (1995). The impact of child's labor on his health status in Alaxandria, Mansoura Un., High Institute of Nursing PHD, 1 – 150.

20- Mark, E. Cummings and Anne Waston O'Reilly, (1997). Fathers in family context: Effects of martial quality on child adjustment, In: Michael, E. Lamp (ed.,), The role of the father child development, New York, John Wiley and sons, Inc. P 48 – 65.

21- Mavis, E. Hetherington and Maragret, M. a. Stanley, (1996). The Effects of Divorce on fathers and their children, In: Michel, E. Lamb (ed.,), The role of the father in child development, New york: John Willy and Sons, P 191 – 211.

22- Mohmed, H. Qayed, et al., (1999). Socioeconomic factors affecting child labor and the related hazards in Assuit City, Un., Bull, Environmental Researches, 2 (1 – 24)., 28 – 69.

23- Moushera, M. EL – Geneidy, (1995). The impact of child's labor on health status in Alexandria, Alex., J., Pediatrics, 9 (4): 449 – 458, 27 ref.

24- Noweir, M. H., et al., (1993). Child labor in Egypt, 1., Occupational and Socioeconomic aspects., J., Egypt., Public Health Assoc., 68 (3 – 4) 405 – 442.

25- Noweir, M. H. et al., 2., Impact of work environment on health., J., Egypt, Public Health Assoc., 68 (3 – 4) 443 – 467.

26- Senanayake, M. P.; Ranasinghe, A. and Balasuriya, C., (1998). Street children: a preliminary study, Ceylon Med., J., 43: (4): 191 – 3 Dec.

27- Stadum, B., The dilemma in saving Children from Child Labor: Reform and Casework at odds with families needs (1900 – 1938)., (1995) child Welfare, Jan., Feb., 74 (1): 33 – 55.

28- Stanley., D. Eitzen., (1983). Social Problems, 2 (ed)., Boston: Allyn and Bacon, Inc.

29- Stewart, A. et al., (1982) Child development; A tropical approach, New York: John Willy and Sons, Inc.

30- Taher Amin Mansour, (1992). Health Problems among young workers in small and medium – size industries in Alexandria, Alex., Un., High Institute of Public Health, MPH.

31- Verden Ryder, (1985) and their children, South Holland: the Goodheart – Willcox Company, Inc.

32- Viky Phares (1997). Psychological Adjustment, Maladjustment, and Father – child Relationships, In: Micahel, E. Lamb, (ed.,) The role of the father in child development, New York: Jon Willey and Sons, P 261 – 283.

33- Wendy Stainton Rogers, (1989b;). Effective co – operation in child protection, In: Sonia Morgan and Peter and Righton (ed.,) Child care: Concerns and Conflicts, London: Hodder and Stoughton, p 82 – 94.

34- William Samuel, (19812). Personality: Searching for the sources of human behavior, London: McGraw – Hill Kogakoush, Ltd.

35- Zaki, A., et al., (1996). An assessment of risk factors for anemia among working children and adolescent in Alexandria Governorate, Proc. 8th, Med., Research Conf., and (4) The Egyptian – Italian Workshop "Community and Health", Alexandria, Oct. 26 – 27., 48.

36- Zaki, A., al (1996). Lead toxicity among working children and adolescent in Alexandria Government, Pro., In tn Conf., On "Health Environment Hiph, Oct., 14 – 17, 116.

ثالثاً: التقارير:

1- Report of Interministerial Committee on child Labor in Egypt, the International Center for Social and Criminological Research and UNICEF. 1989.

2- First Latin – American Tripartite Meeting at Ministerial Level for the Elimination of child Labor Cartagena, Colombia, 8 – 9 May, 1997.

3- Asia Regional Consultation on Child Labor, Lahour, Pakistan, 11 – 13 August, 1997.

4- International Conference on Child Labor, Oslo, Norway, 27 – 30 October 1997.

5- African Regional Tripartite Meeting on Child Lahore, Kampala, Uganda, 5 – 7 February.

6- World Wide Report on the Worst from of Child Labor, November, 20 th, 2000.

الفصل الرابع

بعض السمات الإكلينيكية للمعاقين حركياً

"دراسة مقارنة"

مقدمة:

الإعاقة ظاهرة اجتماعية، وحالة يسهم المجتمع فى إبرازها؛ ذلك أن خصائص الفرد الجسمية والنفسية والسلوكية يمكن أن تصبح فى حكم التعويق، حين يقيمها المجتمع على أنها حالة استثنائية، أو غير عادية، أو على الأقل غير مرغوب فيها، وعادة ما يرتب المجتمع على هذا التحديد سلسلة من النتائج السلبية من بينها إطلاق تسمية خاصة لحالة الفرد، ثم عزله فى بيئة خاصة، ثم إبعاده تدريجياً عن سياق الحياة العادية، ثم تغير ردود أفعال الآخرين نحوه. (شاكر عطية، ٢٠٠٠)، وأبرز الأمثلة على هذا المكفوفون والمعوقون حركياً، فالمكفوفون فى مدارس المكفوفين الداخلية ومؤسساتهم التعليمية، محاصرون فى سياج من العزلة، مفروض عليهم مجتمع مصطنع، له أنماطه ومعاييره الخاصة به، ضاربة بمعايير المجتمع الحقيقى خارج أسوارها عرض الحائط، لأن هذا المجتمع الخارجى، لم ير الكفيف طفلاً يجرى ويلعب فيألفه، لم يره صبياً يحاول ويخطئ ويصحح جنباً إلى جنب بجوار المبصر (هانم صلاح، ٢٠٠١). أما المعاقون حركياً، فالمجتمع لا يرحمهم، فمنهم من كان يمشى على رجليه، الدنيا ملكه، يتنقل فى سهولة ويسر، لكنه يصاب بما يعيق حركته، ويصبح أسير العكاز أو الكرسى المتحرك أو السنادات أو نائماً بلا حراك إلا قليلاً، الأصدقاء هم أول المبتعدين، وغالباً ما يفرون من المعاق، أو قد يختفى اهتمامهم به، وإذا كان المعاق طفلاً يلعب فسيختفى زملاؤه، لأن جيران أسرته سوف يمنعون طفلهم من اللعب معه، خوفاً من أن يكون مرضه معد أو قابل للعدوى، وهذا يؤدى حتماً للانسلاخ والعزلة وتقلص العلاقات الاجتماعية إلى أدنى حد، مما يشعر معه المعاق بأنه منبوذ، والقسوة الأشد هى التى يمكن أن يكون مصدرها الوالدان

أو أحدهما، حين يتم تجاهل كل ما يتعلق بالإبن المعاق، ويعاملانه كما يعامله بعض الغرباء (Bruno and Frick, 1991).

إن العاهة أو الإعاقة الحركية خصوصاً عندما تكون ظاهرة تجعل المعاق يشعر أنه غريب، وتأخذ إحدى صورتين: أولاهما أن يكون منطوياً على نفسه خجلاً، يخشى شدة السخرية التى تدعوه إلى تفادى العلاقات مع الغير، ويلزم الإنطواء على نفسه، والاستسلام إلى أحلام اليقظة حيث يجد عالماً متسامحاً. وأما الصورة الأخرى فهى أن يشعر بالمرارة وأن ينفس عن ألمه وشعوره بالحزن بسلوك غير سوى. (ادث وإلزا، ١٩٩٧: ٢٥).

وإذا كان الفرد العادى يستطيع أن يعيش حياته دون أن يعانى من مشكلات تحد من أهدافه فى الحياة، وهذا من حقه (آيات عبد المجيد،٢٠٠٢)، إلا أن هذا لا يتحقق بالنسبة للمعاقين حركياً إلا فى حالات نادرة بمعنى الكلمة، تبعاً للقائلين بأن لكل قاعدة شواذ وليس هناك ثبات دائم على طول الخط، فالإعاقة الحركية لا تسبب فقط كل ما ذكر آنفاً، ولا ما سوف يأتى بيانه فى سياق هذا البحث الحالى، بل أن أحد أضرارها والتى قد تجعل الفرد يدخل دائرة المرض النفسى، يكمن فى الاسم نفسه (الإعاقة الحركية)، فإعاقة قدم أو ساق مثلاً، تعنى تعطل يد أو ذراع، وهذا يعوق الحركة بشكل كبير، وكاتب هذه السطور يعانى إعاقة بأحد ساقيه، تعطلت معها ذراعه أثناء الحركة أو المشى، فالمعاق عندما يفقد ساقه أو ساقيه، لا يفقدها أو يفقدهما فقط، بل يفقد أيضاً ذراعه أو ذراعيه، حيث إنه يسخر يده أو يديه للمساعدة فى التنقل والحركة، وتلك مشكلة لا يشعر بها إلا من يعانيها. إن من يعانون إعاقة حركية مزمنة فى أرجلهم يتزايد اعتمادهم على الأطراف العلوية أعنى (اليدين والرسغين) كما تزداد مهارات العناية بذواتهم كلما تقدموا فى العمر. (Werner; Waring and Maynard, 1992) ، إن الأعضاء التى تعطلت عن الحركة وانعدم فيها

الإحساس، بل صارت كالجزء الميت فى الجسد (Wiechers, 1985)، أو التى ضربها فيروس الشلل مسبباً لها عاهة وتشوهاً جسدياً وضموراً للأعصاب الحركية التى هاجمها هذا الفيروس (Birk, 1993)، كما أنه قد يؤدى – خصوصاً عندما يكون حاداً – إلى تفسخ أو انحلال رؤوس الخلايا الأمامية، ويتبع ذلك قطع فى الأعصاب أو إزالتها (Sandberg; Hansson and Stalberg, 1999).

هذه الأعضاء التى تعطلت عن الحياة، تجعل من قدر لهم أن يبتلوا بها، العيش تحت وطأة الضغوط النفسية الشديدة بعد أن دمر الفيروس مراكز الحركة لديهم ونقلهم من كونهم أسوياء إلى معاقين يحتاجون العون والرعاية (Bruno; Frick and Jesse, 1991)، والنظر إليهم بعين الشفقة والرحمة، ولأنهم دون غيرهم فإن هذا قد يولد لدى البعض الإحساس بأنه شخص غير كامل، وغير جذاب. (Bruno, 1991)، ويتحول إلى الإذعان والخضوع لإعاقته، والوقوع فريسة للمرض النفسى عصابياً كان أم ذهانياً.

وهنا تكمن المشكلة التى يتناولها البحث الحالى، وهى هل الإعاقة الحركية – أياً كانت صورتها أو شدتها – تترك بصماتها على المعاقين حركياً، بحيث تؤدى إلى اضطرابهم نفسياً؟ هل الإحساس بالحزن والحسرة على النفس، يحول المعاق إلى شخص مضطرب نفسياً، مما قد يعنى بالضرورة إعاقة توافق الفرد على المستوى الشخصى والاجتماعى والتعليمى والمهنى وعلى الثقة بالذات وغير ذلك؟ إن المعاق حركياً تقابله صعوبات عديدة تعوق تكيفه بالشكل الأمثل – كما سيأتى فيما بعد – وتجعله فى حالة من عدم الثبات الانفعالى والنفسى دوماً. وهذا البحث ما هو إلا محاولة للكشف عن بعض الآثار النفسية (العصابية والذهانية) للإعاقة الحركية على عينة من المعاقين

حركياً بإعاقات مختلفة ومتنوعة، أو هو محاولة للتعرف إلى العلاقة بين الإعاقة الحركية والصحة النفسية - إن جاز هذا التعبير.

مشكلة البحث:

من خلال اهتمام الباحث بمشكلة ذوى الاحتياجات الخاصة، وعلى وجه الخصوص أصحاب الإعاقات الحركية، وذلك من خلال القراءة والاطلاع على نتائج وتوصيات البحوث وحضور العديد من المؤتمرات سواء بالحضور فقط، أو بالمشاركة ببحث عن ذوى الاحتياجات الخاصة، وجد أن الإعاقة الحركية تنشأ عن أسباب عديدة منها: شلل الأطفال، وسل العظام، والشلل التشنجى والشلل المخى، شلل التهاب الدماغ، والحوادث مثل الوقوع من أماكن مرتفعة أو حوادث السيارات أو الشجار واستخدام آلات حادة تصيب الجهاز الحركى، وحوادث الميلاد، والعاهات الخلقية وإصابات الظهر، والعمود الفقرى، وأسباب أخرى متنوعة. كما تبين له أن أهم أسباب الإعاقات الحركية وأكثرها شيوعاً هو " شلل الأطفال"، وهو من أفظع الكوارث التى ألمت بالبشر قبل أن يكتشف له المصل الخاص بالوقاية منه أو القضاء عليه، ويرجع ذلك إلى خطورته حيث إن فيروسات الشلل تدخل إلى أعصاب المخ والحبل الشوكى، ثم تقوم هذه الفيروسات بعمل" مصنع أيضى metabolic factory، مما يسبب موت الأعصاب الحركية أو توقفها عن العمل المعتاد. (Bromberg; Waring and Sanders, 1996; Kessler, 2000)، كما تبين له أن كل الدراسات قد كشفت عن أن الإعاقة الحركية بأسبابها المختلفة وعلى رأسها الشلل تسبب العديد من المشاكل الفيزيقية والنفسية والعقلية للمعاق منها: صعوبات فى التنفس وعدم تحمل البرد أو زيادة الحساسية له، وعدم كفاءة الجهاز التنفسى والاختناق (Dean, 1991 Kidd, et al., 1997)، كما أنها تسبب الإرهاق الجسمى والعقلى، وآلام مفصلية وعضلية، وتناقص

القدرة على التحمل البدنى، وضمور الأطراف وعضلات التنفس (حسب درجة ونوع الإعاقة)، وحصر الفرد فى نوع روتينى واحد أو أكثر من الأنشطة والتى لا يكاد يتعداها يومياً، وشدة الألم مع تقدم العمر.

(Torjan; Gendron and Cashman, 1993; Grimby and Jonsson, 1994; Allen, et al, 1994 Dalakas, 1995; LeCompte, 1997; Lonnberg, 1998)

كما تؤدى إلى انخفاض معدل الزواج لديهم، وفقدان العمل أو انخفاض معدله **(Dai and Zhang, 1996)** كما لا تمكنهم الإعاقة الحركية من القيام بالأنشطة الخلوية والاجتماعية، ويفقدون الكثير من طاقاتهم وقوتهم. **(Widar and Ahlstrom, 1999; Nollet, et al, 1999)** ، ومع الوقت ومع تطور الإعاقة والشلل يحدث تدهور وظيفى واضطرابات نيورولوجية وارتخاء فى العضلات، فى الوقت الذى قد يزداد فيه الوزن والحجم مما يمثل عبئاً شديداً على أعضاء الحركة المصابة، وهذا يسبب معاناة المعاقين للألم بشكل يومى.

(Janet, 1996; Kidd, et al, 1997; Stanghelle and Festvag, 1997 Willen and Grimby, 1998).

وهذا التدهور الوظيفى والعضوى يجعلهم أكثر الناس عرضه للمخاطر، وهذا يعتمد على مدى الدمار الذى أصاب الجهاز العصبى الحركى **(Rekand, et al, 2000)**، كما يتأثر السلوك الجنسى لديهم، وكذلك الوظيفة الجنسية والنشاط الجنسى، خصوصاً لدى النساء المعاقات اللاتى قد يساء استعمالهن جنسياً وبدنياً **(Bruno, 1991 Nosek, et al., 1996)**، كما أن الإعاقة الحركية تسبب العديد من أنماط اضطرابات النوم، وهذا راجع للشعور المتكرر بالألم، والقلق، والأرق، مما قد يتسبب فى إحداث بعض الحركات

الغريبة وغير المألوفة فى النوم مثل الاختلاج العشوائى للعضلات، الحركات الباليستية (قذائفية) فى الأذرع والأرجل، قبض وإمساك الأيدى، ثنى بطئ للأذرع مع تقلص عضلات الذراع والصدر (Bruno, 1996 Bruno, 1998; Siegel, et al, 1999) كذلك يعانون من مشاكل الاستغراق فى النوم وتزداد لديهم فترة الكمون فى النوم وهى الفترة التى تكون ما بين استلقاء المعاق على الفراش وقبل النوم المباشر، وهذا يجعلهم تحت ضغوط انفعالية متكررة. (Bruno, 1999 a).

إن الأعراض السابقة ما هى إلا قطرة فى بحر من المشاكل التى يعانى منها المعاقون حركياً. كما أنها ليست السبب الوحيد فى الأسى والحزن، والمشاعر الشديدة من القلق والغضب وعدم السعادة التى يشعر بها المعاقون حركياً، فهناك الاضطرابات النفسية والإنعصاب المزمن والاكتئاب والأفعال القهرية، وسلوك" نمط أ". (Bruno and Frick, 1991). على أن أخطر ما يعانيه المعاق حركياً ـ من وجهة نظر الباحث ـ هو أنهم يعيشون دائماً مع الماضى،كيف كانوا؟ وكيف أصبحوا؟ (Wenneberg and Ahlstrom, 2000). إنهم لا يحولون أفكارهم عن أجسادهم، ويتألمون للحال التى أصبحوا عليها، ويرفضون ما هم عليه، والظلم الذى وقع عليهم، ووصمة العار التى لحقت بهم، لذا فهم يرفضون تأكيد أن بهم عيب، أو أنهم معيبون. (Bruno, 1991; Crisp, 2000). إن أصعب شئ على المرء هو فقدان الحركة، فالحركة مرتبط بها أشياء كثيرة لا حصر لها، وقد حرم منها الإنسان بالإعاقة.

وإذا كان الشلل قد استنصل تقريباً من بلدان كثيرة، وفى طريقة للاستئصال من بلدان أخرى، فهل استئصلت آثاره، وآثار أى إعاقة حركية أخرى من النفوس؟ لقد تعددت نتائج الدراسات التى أشارت إلى السمات الشخصية، والخصائص النفسية للمعاقين حركياً، والتى تؤكد جميعاً، فى شبه

اتفاق كامل على أن الإعاقة الحركية لها آثار سلبية وضارة على البناء النفسى للمعاق، وعلى إحساسه بالكمال والسواء، وعلى توافقه الاجتماعى، ونمو شخصيته نمواً سليماً وعلى تقديره لذاته حيث شعوره الدائم بالنقص والعجز والوضاعة، وعلى الجوانب العاطفية، وغير ذلك مما تقدم وما سوف تؤكده الدراسات السابقة وملاحظات الباحث.

أهداف البحث:

إن كل علة مرضية مزمنة يتبعها بالضرورة علة وظيفية، وسيتبع ذلك بعض التغيرات فى السلوك والشخصية والتصرفات، وحتماً ستتغير ردود الأفعال، وما كان ممكناً التعامل معه فى الماضى قبل المرض، لا يمكن التعامل معه فى الحاضر بعد المرض. إن المعاقين حركياً هم أصدق من ينطبق عليهم القول السابق، فالآثار التى ستنشأ عن الإعاقة الحركية لن تكون آثارها هو ما يحدث للمرء فقط وقت حدوثها، لكن الآثار تمتد مع امتداد العمر، فالجسد يستهلك أسرع وتضعف القوى وتخور النفس مع الوقت، وغير ذلك من الآثار، إن العجز الجسمى قد يولد عجزاً نفسياً، وقد يبقى هذا العجز بعد شفاء العجز الجسمى، إذا أغفل أو أسئ التصرف إزاءه (أدث وإلزا، ١٩٩٧: ٢٤).

وعلى الرغم من أن الصورة لن تكون قاتمة على طول الخط وأن من المعاقين حركياً من استطاع التوافق مع مطالب بيئته، ووضع استراتيجيات للتوافق مع حياته (Jonsson; Moller and Grimby, 1999) بل إنهم تعلموا كيف يتعايشوا مع المتغيرات التى حدثت لهم، وأنهم شعروا بأن لهم حياة جيدة على الرغم من كل شئ، كما أنهم يمكنهم النظر إلى الإعاقة على أنها خبرة وليست فقدان عضو من الأعضاء (Hahn, 1997; Hansson and Ahlstrom, 1999) على الرغم من هذا فإن المعاق حركياً يظل دوماً حبيس نفسه (حسب

خبرة الباحث بأحد أنواع الإعاقة الحركية وهو الشلل)، إنه يظل حبيس نفسه أكثر من كونه حبيس الكرسى المتحرك أو الإعاقة نفسها أياً كان موقعها، إنه رهن القيد بالعكاز أو أى أداة مساعدة أو بدونها، وليس أمر على الإنسان من حبس النفس الذى قد يتسبب فى علة نفسية أو أكثر. وهذا ما يهدف إلى بيانه البحث الحالى حيث تتحدد أهدافه فى:

١- التعرف إلى بعض الخصائص العصابية (توهم المرض والاكتئاب والهستيريا) لدى عينة من المعاقين حركياً.

٢- التعرف إلى بعض الخصائص الذهانية (البارانويا، السيكاثينيا، الفصام) لدى عينة من المعاقين.

٣- التعرف إلى بعدين من الأبعاد الأساسية للشخصية (العصاب والذهان) لدى عينة من المعاقين حركياً.

أهمية البحث:

تكمن أهمية هذا البحث فى الاهتمام بفئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة، وهم المعاقون حركياً، حيث نحاول من خلال البحث دراسة جانب من جوانب شخصياتهم، والكشف عن التأثير السلبى الذى يمكن أن تحدثه الإعاقة الحركية لدى المبتلين بها، خصوصاً وأن المعاقين بشكل عام نادراً ما يتحدثون عن خبراتهم مع الإعاقة، ويؤثرون الصمت، والتألم داخلياً ونفسياً مع أنفسهم، وبعضهم يعانى حتى من مجرد ذكر كلمة "الشلل أو الإعاقة" فقد طرحت ونبذت من الحديث فيما بينه وبين أفراد أسرته، بل فيما بينه وبين نفسه أحياناً. وبعضهم يحكم على نفسه بقسوة، ويتجاهل حاجاته الجسدية، مع المعاناة من سيطرة تأثير الماضى - وقت أن كان صحيحاً - على الحاضر بعد أن صار مريضاً معاقاً. (Mary, 1996)؛ إن الضغوط النفسية التى يعانى منها

المعاقون حريٌ بنا أن نحللها ونتعرف إليها، فقد يسهم هذا فى أن تكون هناك توصيات تساعد على إعادة تأهيلهم، كما أن هذا قد يؤدى إلى أن نزداد وعياً بالاستجابات الانفعالية الصادرة عنهم. وقد يساعد هذا فى النهاية إلى تقديم إرشادات لهم مع مساعدتهم على إحداث تغييرات فى حياتهم الجديدة مع الإعاقة (Kohl, 1987) هذه الضغوط والاضطرابات النفسية التى يمكن أن يعانيها المعاقون، برغم وضوحها وسفورها، والتصاقها بخصائصهم الشخصية، هناك من ينكرها من الأطباء، ويرفضون الاقتناع بأن المرض النفسى، هو الأكثر تأثيراً فى إعاقة المعاق وشعوره بالألم وفقدانه لجودة الحياة، وأن يرى نفسه عضواً معاف صحيحاً من أعضاء المجتمع، وليس شخصاً مصاباً بالإعاقة.

(Dickinson, 1997; Devlieger and Albrecht, 2000; kling Persson and Gradulf, 2000)

كما أن أهمية هذا البحث تكمن فى أن البحوث العربية والمصرية التى تناولن دراسة المعاقين حركياً لم تتناول – حسب حدود علم الباحث – دراسة تلك المتغيرات النفسية الستة لديهم وهى: توهم المرض والاكتئاب والهستيريا، والتى تمثل ما يسمى بالمثلث العصابى، والبارانويا والفصام والسيكاثينيا، والتى تمثل ما يسمى بالمثلث الذهانى، وكلاهما (العصاب والذهان) بعدان مهمان من الأبعاد الأساسية للشخصية، أما البحوث الأجنبية التى رجع إليها الباحث على مدار الـ (٢٥) سنة الماضية تقريباً، والتى تناولت دراسة هذه المتغيرات فهى نادرة إذ لا يتجاوز عددها أصابع اليد الواحدة.

وهنا تكمن أهمية البحث الحالى التى يأمل معها الباحث أن تكون إضافة جديدة فى مجال علم النفس، على أن هناك أهمية أخرى للبحث الحالى وهو التعرف إلى أى من الاضطرابات العصابية أو الذهانية موضوع البحث

الحالى يمكن أن تكون سمة أو خاصية من خصائص المعاق حركياً، والتى قد تسهم بشكل ما أو بآخر فى إعاقة توافقه وتكيفه مع كل من حوله من كائنات حية فى البيئة التى يعيش فيها. إذ من المهم جداً أن نمد يد العون للمعاق ونخفف عنه، وأن نشعره أننا بجواره، ما دمنا لن نستطيع وقف الإعاقة أو الآثار الناجمة عنها.

مفاهيم البحث:

سوف يقوم الباحث فيما يلى بتعريف المفاهيم المتصلة بالبحث:

١ـ توهم المرض:

هو الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية والقلق ـ الذى لا يستند إلى سبب ـ على الصحة، فيشكو الفرد غالباً من آلام واضطرابات يصعب تبينها ولا يوجد لها أساس عضوى واحد.

٢ـ الاكتئاب:

إتجاه عام يتمثل فى تدنى مستوى الروح المعنوية وإنعدام الأمل فى المستقبل، وعدم رضا عام من قبل الفرد بموقفه (لويس مليكه، ١٩٩٠: ٥٥ ـ ٥٨).

٣ـ الهستيريا:

مرض عصابى أولى يتميز بظهور علامات وأعراض مرضية بطريقة لا شعورية ويكون الدافع الحصول على منفعة خاصة أو جلب الاهتمام أو الهرب من موقف خطير، أو تركيز الاهتمام على الفرد، كحماية له من الإرهاق الشديد. (أحمد عكاشة، ١٩٨٠: ٥٦).

٤ـ البارانويا:

هذاء مزمن أو مرض عقلى يتميز بوجود نسق منطقى دائم لا يمكن زعزعته، ولا ينفك ينمو نمواً بطيئاً غير ملحوظ بتأثير أسباب داخلية فى نفس المريض مع احتفاظ المريض بكامل قدراته العقلية والإرادية، وتتسم الصورة الكلينيكية للبارانويا بأربع علامات مميزة أساسية هى: مبالغة المريض فى تقدير ذاته، وعدم الثقة بالغير، وزيف الحكم، والعجز عن التوافق الاجتماعى (فرويد، ١٩٨٠: ١٧٣ ـ ١٧٤).

٥ـ السيكاثينيا:

مرض نفسى عصابى غير محدد المعنى، يتميز بحالات القلق والمخاوف المرضية والأفكار الوسواسية والأفعال القهرية. مما يؤدى إلى حالة من الإرهاق النفسى وضعف الوعى الشعورى وكأنه عصاب خلطى، (فرج طه، ١٩٩٣: ٤٠٠).

٦ـ الفصام:

مجموعة من الاضطرابات تختلف من حيث العوامل السببية، والاستجابة للعلاج ومصير المرض، وتتفق فى أنها لزمة مكونة من أعراض مميزة ناشئة عن اضطراب التفكير والإدراك والوجدان والسلوك، وهذه الأعراض تصل إلى درجة الذهان فى بعض الأوقات خلال مسار المرض. أو هو اضطراب عديد من وظائف الأنا ينتج عنه عدم قدرة المريض أن يميز بدقة وثبات الواقع الداخلى والخارجى، مع فشله فى المحافظة على اتصاله بالعالم الخارجى (محمود حمودة، ١٩٩٠: ٢٤٣).

٧ـ الإعاقة الحركية:

من خلال خبرة الباحث بالإعاقة الحركية وباعتباره أحد المعاقين حركياً، يقدم التعريف الإجرائى التالى للإعاقة الحركية: هى عجز الفرد عن

الحركة والتنقل فى سهولة ويسر، مع طلب العون فى بعض الأحيان من قبل الغير، بسبب اعتلال الجهاز الحركى على وجه الخصوص، والجهاز البدنى على وجه العموم، مما قد يتطلب معه زيادة العبء، والاعتماد على بعض أجهزة البدن الأخرى، والتى تتعطل هى الأخرى عن القيام بالدور المنوطة به بسبب استخدامها كعوامل مساعدة فى احركة. وهذا الاعتلال وإن كان يسبب للمعاق حركياً بعضاً من المشاكل النفسية والموقفية والحياتية، إلا أنه يمكن النظر إليه باعتباره قصور فقط من الناحية الاجتماعية، وضعف فى ناحية الأداء.

الدراسات السابقة:

جدير بالذكر أن ننوه قبل عرضنا للدراسات السابقة، أنه على المستوى المحلى والعربى لم تدرس - حسب حدود علم الباحث - بعض المتغيرات العصابية (توهم المرض والاكتئاب، والهستيريا)، وكذلك بعض المتغيرات الذهانية (البارانويا، والفصام والسيكاثينيا) لدى المعاقين حركياً والأسوياء. غير أن الباحث استطاع أن يحصل على دراستين أجنبيتين فقط استخدمتا اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (المستخدم فى الدراسة الحالية) للتعرف إلى بعض الخصائص النفسية التى تميز المعاقين حركياً، وهما دراسة دونالد وآخرين (١٩٨٩)، ودراسة كلارك وآخرين (١٩٩٤). غير أن الباحث قد عرض للعديد من الدراسات الأخرى التى تناولت دراسة بعض المتغيرات المتصلة بموضوع البحث من خلال تطبيقها لبعض المقاييس النفسية، مثل اختبار بك للاكتئاب وقائمة مراجعة الأعراض، ومقياس شابمان وشابمان للميل إلى الذهان، وغير ذلك مما سيلى ذكره عند عرض هذه الدراسات. كما عرض الباحث لبعض الدراسات التى درست المعاقين حركياً من خلال الاستخبارات وباستخدام منهج تحليل المضمون، أو بعض أساليب التحليل

الإحصائى الأخرى، تلك الدراسات التى كشفت نتائجها عن بعض المتغيرات التى ترتبط بموضوع البحث الحالى سواء فيما يتعلق بالجانب العصابى أم الذهانى. وقد آثر الباحث أن يعرض لبعض الدراسات الأخرى التى استخدمت مقاييس مثل مقياس تنسى لمفهوم الذات، وقائمة التغلب على المشكلات، واختبار حالة وسمة القلق، ومقياس التقدير النيوروبيولوجى ومقياس أعراض التقرير الذاتى المعرفى، وذلك لما أسفرت عنه من نتائج ساعدت الباحث فى تفسير النتائج التى توصل إليها فى بحثه الحالى، وعلى أساس أن الصحة النفسية للمعاق حركياً جزء لا يتجزأ من تكامله وتوافقه، وأن اعتلال أو ظهور متغير أو سمة نفسية لدى المعاق حركياً، قد يسهم فى تفسير النتائج التى قد يتوصل إليها البحث الحالى، أو أى دراسة أخرى. وفيما يلى وصف لهذه الدراسات وفقاً للتسلل الزمنى الذى تمت فيه:

قامت فيوليت إبراهيم (١٩٨٦) بدراسة الإعاقة البصرية والجسمية وعلاقتهما بمفهوم الذات والتوافق الشخصى والاجتماعى، وذلك على عينة قوامها (٥٠) معاقاً بصرياً و(٥٠) معاقاً جسمياً من المصابين بشلل الأطفال، وقد أسفرت النتائج عن عدم وجود علاقة بين مفهوم الذات ومتغيرات التكيف الشخصى والاجتماعى لمجموعة المعاقين بصرياً. كما أسفرت عن أن هناك عدداً من المتغيرات ترتبط بمفهوم الذات لدى المعاقين جسمياً، إذ ارتبطت درجات أفراد عينة المعاقين بالمتغيرات التى تقيس الشعور بالحرية، والانتماء، والخلو من الأعراض العصابية، والمهارات الاجتماعية، والعلاقات فى الأسرة، والعلاقات فى البيئة المحلية، والتكيف الشخصى والاجتماعى. كما أظهرت النتائج أن هناك فروقاً دالة بين متوسطات الدرجات التى حصل عليها المعاقون بصرياً ومتوسطات الدرجات التى حصل عليها المعاقون جسمياً فى المتغيرات المقيسة من حيث مفهوم الذات والاحساس بالقيمة والتحرر من

الميل إلى الإنفراد، والخلو من الأعراض العصابية والمستويات الاجتماعية والمهارات الاجتماعية والتحرر من الميول المضادة للمجتمع والعلاقات فى الأسرة والعلاقات فى المدرسة والعلاقات فى البيئة المحلية والتكيف الشخصى والاجتماعى. وقد جاءت هذه الفروق فى صالح مجموعة المعاقين جسمياً. (فيوليت إبراهيم، ١٩٨٦).

أما دراسة دونالد وآخرين (١٩٨٩) فقد أجريت على مجموعتين من مرضى الشلل الأولى قوامها (١٣) مريضاً ممن يعانون من أعراض ما بعد الشلل أى شدته، والثانية قوامها (١٢) مريضاً ممن لا يعانون من تلك الأعراض. وقد أشار الباحثون إلى أنهم قد تأكدوا من خلال المقابلات والفحص الإكلينيكى، أن التاريخ الأسرى للمرضى ليس فيه أحد يعانى من الشلل، كما أن جميع المرضى ليس فيهم من يعانى المرض النفسى قبل أن يصاب بالشلل. وبالنسبة للأدوات التى استخدمت فى هذه الدراسة فقد كانت عديدة ومتنوعة حيث تضمنت اختبار إعادة الأرقام من مقياس وكسلر المعدل لذكاء البالغين، واختبار رموز الأرقام، واختبار تداعى الكلمات المقيد، واختبار القدرة على التصور البصرى المكانى، وقائمة بل للاكتئاب، واختبار الشخصية المتعدد الأوجه للشخصية، بالإضافة إلى إجراء مقابلة سيكياترية لفحص المزاج والشخصية لدى كل أفراد العينتين. وقد كان وراء استخدام تلك الاختبارات قياس الانتباه والسرعة السيكومترية، والتهيؤ العقلى أو الحالة العقلية المباشرة، والقدرة على توليد الألفاظ، والقدرة البصرية المكانية، أما عن النتائج فقد أشارت إلى وجود اضطرابات مزاجية لافتة للنظر (كما أشار الباحثون) لدى جميع مرضى الشلل، فقد أبرزت النتائج أن ٤٦% من مرضى المجموعة الأولى، ٥٠% من مرضى المجموعة الثانية، قد دلت نتائج استجابتهم على ما يشير إلى وجود دليل على الاكتئاب مثل (اضطراب

التوافق، اكتئاب دورى، حادثة اكتئابية مر بها الفرد فى حياته)، كما أشارت النتائج إلى أن ٨% من مجموع كل عينة قد حاولوا الانتحار. أما بالنسبة لاستجابات المجموعتين على بنود قائمة بك للاكتئاب، فقد كانت أكثر تلك الاستجابات شيوعاً على البنود الداخلية، هى تلك التى تشير إلى الصور الجسدية Somatic features مثل التعب حيث تمثل بنسبة ٨٤ %، وصعوبة العمل ٧٢%، والقابلية للاستثارة ٦٠%، وصعوبة النوم ٦٤%، ومشاعر الذنب ١٢%، كونهم معاقبين ١٢%، وكذلك أعراض فقدان الشهية بنسبة ١٦%، وفقدان الوزن ٢٠ %.

وقد أرجع الباحثون شيوع تلك الاستجابات التى تمثل الصور أو المظاهر الجسدية إلى أنها ربما تكون راجعة إلى المظاهر والصور الباطنية أو الداخلية للمرض نفسه. ورغم هذا أشار الباحثون إلى عدم وجود ارتباط دال إحصائياً بين الدرجات على قائمة بك للاكتئاب وبين الإعاقة الفيزيقية أو البدنية، ويفترض الباحثون أن اعتلال المزاج ما هو إلا استجابة ورد فعل بسيط نحو الإعاقة.

وبالإضافة إلى هذا فإن المرضى ذوى التاريخ السيكياترى والذين تم التعرف عليهم من خلال المقابلة الإكلينيكة، هؤلاء حصلوا على درجات عالية على قائمة بك للاكتئاب. بمعنى أن اعتلال الصحة نفسياً لدى المعاق فيزيقياً يرتبط بالاكتئاب، كما أوضحت النتائج أن درجات العينتين فى باقى المقاييس كانت تقع فى حدود السواء. غير أن النتائج قد أكدت على أنهما قد حصلا على درجات بينية borderline تشير إلى ضعف أدائهما على مقياس الاستدعاء غير اللفظى، كما أكدت النتائج أيضاً على أن هناك فروقاً دالة بين المجموعتين عند مستوى (٠,٠١) فى متغير الهوس الخفيف لصالح المجموعة الثانية، بينما كان الفرق دال عند مستوى (٠,٠١) بينهما فى متغير الانطواء

الاجتماعى لصالح المجموعة الأولى. بينما لم تكن بينهما فروق دالة إحصائياً على باقى مقاييس اختبار MMPI (Donald, et al., 1989).

- أما دراسة كونرادى وآخرين (١٩٨٩) فقد كانت بغرض التعرف إلى بعض الخصائص النفسية لعينة من المعاقين حركياً قوامها (٩٣) ذكراً وأنثى. وقد استخدم الباحثون فى هذه الدراسة مقياسين هما: قائمة مراجعة الأعراض المعدلة ٩٠، (SCL – R 90)، ومقياس التقرير الذاتى للتوافق النفسى مع المرض. وقد أشارت النتائج إلى ارتفاع درجات العينة على بعض المقاييس الفرعية للمقياسين المستخدمين، فقد ارتفعت درجات الذكور على عدد من المقاييس الفرعية لقائمة مراجعة الأعراض وهى: الأعراض الجسمية والاكتئاب والقلق والعداوة وقلق الخواف، أما الإناث فقد تشابه ارتفاع درجاتهن مع الذكور على مقاييس الأعراض الجسمانية والاكتئاب والقلق، كما حصلن على درجات مرتفعة على مقياس الذهانية.

ومعنى هذا أن درجات كل المجموعتين قد وصلت إلى الحد الإكلينيكى المرضى (كما يذكر الباحثون)، وبالنسبة للمقياس الثانى فقد كانت درجات الذكور والإناث مرتفعة على المقاييس الفرعية الآتية الرعاية الصحية الموجهة، والبيئة الاجتماعية والعلاقات الأسرية الممتدة. كما كانت متوسطات درجات الرجال أعلى قليلاً من النساء، لكن الفروق لم تكن دالة بينهما. وبالنسبة لبروفيل الأعراض فقد أشارت النتائج إلى أن المجموعتين تعانيان من الضيق أو الكرب النفسى.(Conrady, et.al, 1989). أما فردريك (١٩٩١) فقد قام بدراسة استمرت عامين وذلك على عينة قوامها (١٢٠) مريضاً ومريضة بإعاقات متباينة نتج عنها شلل بالجسد، حيث أرسل لهم استخباراً منزلياً يتكون من (٥٤) صفحة. وقد أسفرت النتائج عن العديد من النتائج، من بينها أن ٥٠% من حجم العينة يعانى من الاكتئاب، كما يعانون من التوتر

الزائد والقلق الإكلينيكى. وقد علق الباحث على هذا بأن الاكتئاب يحدث للناس الذين لديهم نظرة تشاؤمية تجاه الحياة (Frederick,1991). وفى دراسة " سعيد عبد الله (١٩٩٣)"، والتى هدفت إلى دراسة بعض العوامل المرتبطة بمفهوم الذات لدى المشلولين، وعلى عينة قوامها ١٢٢ فرداً من الذكور والإناث المصابين بالشلل، وباستخدام الصورة الإرشادية من مقياس تنسى لمفهوم الذات لقياس كل من الذات الجسمية، والأخلاقية، والشخصية، والاجتماعية، ونقد الذات، والذات الواقعية، والرضا عن الذات، والذات السلوكية، وأخيراً الذات الكلية. وقد كشفت نتائج الدراسة عن فروق محدودة للغاية بين مجموعات المقارنة، فقد تبين وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث فى أربعة أبعاد فقط، ثلاثة منها لصالح الإناث، هى الذات الجسمية، والذات الشخصية، والذات السلوكية، أما بُعد نقد الذات فقد كانت دلالته لصالح الذكور. والنتيجة بهذا الشكل تعنى أن الإناث أكثر اعتداداً بذواتهن الجسمية والشخصية والسلوكية مقارنة بالذكور. كما كشفت النتائج أيضاً عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات العمرية للمعاقين جسدياً فى بعدين من أبعاد مفهوم الذات وهما: الذات الجسمية والذات الأسرية، حيث كانت الدلالة لصالح الأكبر سناً، بما يمكن معه أن تعزى هذه الفروق إلى أن الفرد كلما تقدم فى العمر استطاع أن يتكيف مع إعاقته، ومع الأجهزة التعويضية التى يستخدمها، كما أنه يصبح أكثر تقبلاً لصورته الجسدية. أما بالنسبة للذات الأسرية فقد فسرها الباحث بأن الأفراد الأكبر سناً كانوا من ذوى الإعاقات الشديدة فى حوادث السيارات، مما جعل الأسرة أكثر عطفاً على هؤلاء الأفراد وأكثر تعاوناً معهم واهتماماً بهم. هذا وقد تبين من النتائج أنه لا يختلف مفهوم الذات بأبعاده العشرة لدى المشلولين باختلاف زمن حدوث الإعاقة، ولا درجة الإعاقة (بسيطة ـ متوسطة ـ شديدة) وأخيراً لا توجد

فروق بين المجموعتين من حيث اختلاف سبب الإعاقة. (سعيد عبد الله، ١٩٩٣).

وفى دراسة قام بها تات وآخرون (١٩٩٣) على عينة قوامها (١١٦) مريضاً بالشلل، طبق عليها مقياسين هما: قائمة الأعراض المختصرة، وقائمة التغلب على المشكلات، بالإضافة إلى استخبار متعلق بتاريخ العينة المرضى مع الإعاقة الحركية. وبعد تحليل الاستجابات تم تقسيم العينة إلى مجموعتين: الأولى تتسم بالاكتئاب والشعور بالكرب والهم قوامها (٩٩) مريضاً، والثانية لا تتسم بالاكتئاب أو الشعور بالكرب والهم وتلك قوامها (١٧) مريضاً. وقد أظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية تراوحت بين مستوى (٠,٠١) و (٠,٠٠١) بين المجموعتين، حيث تبين أن المجموعة الأولى أكثر شعوراً بالألم من المجموعة الثانية. وهذا يعنى أن هناك علاقة بين الاكتئاب والألم. كما أن تقدير المجموعة الأولى لصحتها أضعف من تقدير المجموعة الثانية، حيث أن ظروفهم الصحية والطبية أكثر تدهوراً من المجموعة الثانية وذلك منذ لحظة الإصابة بالإعاقة الحركية، وحتى اللحظة التى عليها المرضى الآن. كما أن المجموعة الأولى (المكتئبة/ المهمومة) أقل رضىً عن حياتهم ووضعهم الوظيفى وهم أقل قدرة من حيث التغلب على السلوكيات الناجمة عن الإعاقة. (Tate, et al., 1993).

أما دراسة كلارك وآخرين (١٩٩٤) فقد كانت ترى أن الفرد حين يصاب بالشلل، تظهر لديه أعراض جديدة تنمو ببطء مثل التعب وزيادة الألم وغير ذلك، مما يؤدى إلى معاناته من بعض الاضطرابات النفسية، فهل هذه الاضطرابات النفسية - كما تساءل الباحثون - تلعب دوراً فى إظهار تلك الأعراض التى غالباً ما تصيب المرضى بعد اصابتهم بالشلل والإعاقة. وللتحقق من هذا اختيرت عينة قوامها (٢٢) مريضاً ومريضة بالشلل وطبقت

عليهم المقاييس الآتية:، اختبار الشخصية المتعدد الأوجه "الصورة الثانية"، قائمة بك للاكتئاب، اختبار حالة وسمة القلق لسبيلبرجر، مقياس شابمان وشابمان للميل إلى الذهان، مقياس الاجهاد أو الأعياء العصبى، مقياس التقدير الينوروبيولوجى، وأخيراً مقياس أعراض التقرير الذاتى المعرفى. وقد كشفت النتائج عن أن الغالبية العظمى للدرجات تقع فى حدود السواء، وأنه على الرغم من أن كل أفراد العينة يعانون من ظهور الأعراض الجديدة للإعاقة إلا أنهم أسوياء من الناحية العصابية والذهانية والقلق وغير ذلك. وهذا يعنى بوضوح أنه لا علاقة بين نمو أو شدة ظهور الأعراض الجديدة للمرض وبين الاضطرابات النفسية. غير أن النتائج قد أظهرت أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الذكور والإناث على مقاييس الشكاوى الجسمية Somatic لصالح النساء وأنهن أكثر ميلاً للعزلة أو الإنطواء الاجتماعى. (Clark, et al, 1994).

وفى دراسة أخرى لتات وآخرين (١٩٩٤) عن الفروق بين عينتين من مرضى الشلل، الأولى معروف عنها أنها مكتئبة والأخرى غير مكتئبة، وهى العينة نفسها التى أجرى عليها درسته السابق ذكرها، تبين إضافة إلى ما سبق أن المكتئبين يميلون إلى الإنطواء والعيش بمفردهم، ويعانون من فقد العمل والبحث عن مهنة، ومن النتائج أيضاً أن التحليل العاملى لقائمة التغلب على مشكلات الإعاقة قد كشف عن وجود ثلاثة عوامل تكمن وراء تلك الصفات وهى: القبول الإيجابى للذات، والبحث عن المعلومات/ المساهمة والمشاركة فى الإعاقة، والفاعلية الاجتماعية. (Tate, et al, 1994). وفى دراسة لبرونو (١٩٩٥) على مجموعتين من المعاقين حركياً خضعتا لبرنامج علاجى – تأهيلى، المجموعة الأولى قوامها (٨٠) معاقاً حركياً يعانون من التهابات عضلية – هيكلية بمؤخرة الظهر، والثانية تعانى من أعراض ما بعد

الشلل قوامها (٤١). وقد طبق على هاتين المجموعتين، ومجموعتين ضابطتين أخريين فشلوا فى إكمال البرنامج العلاجى - التأهيلى المقاييس التالية: مقياس بك للاكتئاب، ومقياس " نمط أ" المختصر، ومقياس دافعية التعزيز السالب، ومقياس الحساسية للنقد والفشل. وقد أظهرت النتائج ما يلى:

أولاً: بالنسبة لقائمة بك للاكتئاب: ارتفعت الدرجة التى حصلت عليها المجموعة الأولى، لكنها لم تكن دالة من الناحية الإكلينيكية. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الأولى والمجموعة الضابطة التى لم تكمل البرنامج العلاجى - التأهيلى فى مستوى الاكتئاب، وذلك لصالح المجموعة الأولى، كما كانت هناك فروق دالة بين هذه المجموعة والمجموعة الثانية المعاقة حركياً التى تعانى من أعراض ما بعد الشلل فى مستوى الاكتئاب وذلك لصالح المجموعة الأولى. كما أكدت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الثانية والمجموعة الضابطة، المماثلة لها، والتى لم تكمل البرنامج العلاجى - التأهيلى.

ثانياً: بالنسبة لمقياس سلوك "نمط أ": أكدت النتائج على أن المجموعة الأولى تتميز بسلوك نمط "أ" مقارنة بالمجموعة الضابطة المماثلة لها، بينما لم تكن هناك فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الثانية، التى تعانى من أعراض ما بعد الشلل والمجموعة الضابطة والتى تعانى أيضاً من الأعراض نفسها لكنها لم تحضر البرنامج العلاجى - التأهيلى، وذلك فى سلوك "نمط أ".

ثالثاً: بالنسبة لمقياس دافعية التعزيز السالب: أكدت النتائج أن متوسط درجة المجموعة الأولى كان مرتفعاً إحصائياً، كما أن متوسط الدرجة كان دالاً

إحصائياً مقارنة بالمجموعة الضابطة المماثلة لهم. أما المجموعة الثانية فلم تكن هناك فروق دالة إحصائياً بينها وبين المجموعة الضابطة المماثلة لها، والتى لم تكمل البرنامج العلاجى ـ التأهيلى.

رابعاً: بالنسبة لمقياس الحساسية للنقد والفشل: أشارت النتائج إلى أنه لا توجد فروق دالة بين المجموعة الأولى والمجموعة الضابطة، بينما كان متوسط الدرجة دالاً إحصائياً لدى المجموعة الثانية، كما أنه فى مجال المقارنة بين المجموعتين الأولى والثانية، وبين المجموعتين الضابطتين كانت الفروق لصالحهم أيضاً (Bruno, 1995). وفى دراسة للتعرف إلى التوافق النفسى ـ الاجتماعى لعينة قوامها (١٣٨) ممن تعرضوا للبتر والذى أدى إلى إعاقتهم حركياً، قام "دن" (١٩٩٦) بدراسة مسحية على تلك العينة، حيث فحصت كل البيانات التى تجعل الفرد "المبتور عضو من أعضائه" متفائلاً، ولديه معنىً إيجابى عن خبرة الإعاقة التى يعانى منها، أو لديه تحكم مرتفع فى الإعاقة التى يعانى منها والآثار الناجمة عنها، والذى قد يكون له تأثير صحى على الاكتئاب وتقدير الذات. وقد حللت النتائج باستخدام الأسلوب الإحصائى تحليل الانحدار فتبين أن تقبل الاستئصال أو البتر بعد حدوثه له تأثير على الحد من الاكتئاب وارتفاع تقدير الذات لدى الفرد، كما أن كل من لديهم استعداد أو ميل للتفاؤل والقادرين على التحكم فى الإعاقة يحصلون على درجات مرتفعة على مقياس تقدير الذات لروزنبرج (Dunn, 1996).

أما مارى (١٩٩٦) فقد قامت بدراسة مسحية على عينة قوامها (١٦٨) معاقاً تراوح مدى العمر لديهم ما بين ٣٣ ـ ٧٧ سنة، وكان متوسط عمرهم وقت بداية الشلل ٨ سنوات، حيث أرسلت لكل واحد منهم استخباراً

عن طريق البريد، طلبت فيه منهم أن يرووا ذكرياتهم مع الشلل، وأن يحكوا عن مشاعرهم وأفكارهم. وقد حللت المشاعر والاستجابات التى عبر عنها أفراد العينة فى ذكرياتهم باستخدام مقياس تحليل المضمون لجوتشالك وجليسر Gottschalk and Gleser، وكذلك مقياس ويستبروك وفينى Westbrook and Viney، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

١- أكثر المشاعر تكراراً كانت مشاعر القلق، حيثق وجدت لدى ٨٤% من إجمالى حجم العينة وقد تمثل القلق فى عدة صور هى:

أولاً: قلق البتر multilation anxiety، تمثل لدى ٧٥% من حجم العينة. وهذا يعنى أنهم يقلقون على أعضائهم المصابة، فيزعجهم (حسب تفكيرهم) ما سوف يحدث من دمار أو تلف للعضو المصاب بالعجز وبالتالى قد يحدث له البتر.

ثانياً: قلق العزل أو الانفصال تمثل لدى ٥٨% من حجم العينة، فهم يخشون فقدان السند أو المعين وكذلك الوحدة.

ثالثاً: قلق الانتشار أو القلق غير المحدد، وقد تمثل لدى ٣٧% من حجم العينة، وهو يشير إلى الخوف والقلق دون تمييز لمصدر الخوف.

رابعاً: قلق الارتياب وقد تمثل لدى ٣٥% من حجم العينة، كإشارة إلى أنهم يعانون من عجز فى الفهم، وغير عارفين ما سوف يحدث، مما يؤدى إلى أنهم يعانون من الخلط والارتباك.

خامساً: قلق الخجل والاستحياء وقد تمثل لدى ٣٠% منهم، وهو يعنى عدم الكفاءة، والضعف، والشعور بالخزى.

سادساً: قلق الموت، وقد تمثل لدى ٢١ % من العينة، وهو يعد إشارة إلى الموت، أو التهديد به.

سابعاً: قلق مشاعر الذنب وقد تمثل لدى ١٩ % منهم، وهو إشارة إلى الشعور بالاستهجان والرفض والإثم.

٢- الاكتئاب: بعد القلق كانت أكثر المشاعر تكراراً هى الشعور بالاكتئاب، حيث تمثل لدى ٧٠% من حجم العينة. فهم لا يشعرون بالسعادة، وهم غاضبون دائماً من الأفكار الناقدة لهم، والمدمرة لوجودهم، وإحساسهم أنهم دون الآخرين فى الكثير من الأمور الحياتية.

٣- بعد الاكتئاب كانت أكثر المشاعر تكراراً مشاعر العجز والضعف، وكونهم يشعرون بالبؤس ويشعرون بأنهم لا عون لهم، وأن حياتهم قد صارت خارج حدود سيطرتهم عليها، وأن هناك من يتحكم فيها من الآخرين. وهذه قد تمثلت لدى العينة بنسبة ٦٨%.

٤- يأتى بعد ذلك التفاعلات الاجتماعية السلبية، والتى تمثلت بنسبة ٥٧ % من تكرارات استجابات العينة حيث يرون أن العلاقات بينهم وبين من يرعونهم، أو بينهم وبين أفراد المجتمع، غير إيجابية. وأن هناك من يملك التأثير على الآخرين فيمنعهم من التعامل معهم.

٥- التفاعلات الاجتماعية المعتدلة وهى تمثل نسبة ٥٦%، إشارة إلى أنهم أحياناً ما يتلقون الدعم أو العون وأنهم يشتركون فى الخبرات مع الآخرين. ويشعرون بالرضا لمثل هذه التفاعلات حينما تتم.

٦- أما مشاعر الفعالية أو القوة فى التأثير على الآخرين وفى الأحداث، فقد تمثلت بنسبة ٣٣% من إجمالى حجم العينة. وهذا يعنى رغبتهم

فى محاولة التخطيط، وضبط الأحداث قدر استطاعتهم، بما قد يتكون لديهم من قوة وقدرة.

وقد أكدت الباحثة على أن هذه الانطباعات إنما كانت أكثر ذكراً من قبل المعاقين حركياً، الذين انفصلوا عن أبويهم ولم تتم رعايتهم من قبلهم وتم نقلهم لمؤسسات الرعاية حيث تعاملوا مع مجموعة من العاملين والموظفين الذين عاملوهم بقسوة وغلظة، وكانت سبل المتعة والترفيه لديهم أقل، كما أن قدرتهم على مواجهة الأحداث التى كانت تواجههم كانت أقل من ذويهم من الأسوياء. كما أشارت الباحثة إلى أن هناك ارتباطاً بين وقت بداية حدوث الشلل والمشاعر التى يعبر عنها المشاركون فى الدراسة، كما أن العمر قد ارتبط أيضاً ارتباطاً دالاً بين اثنين من المشاعر السابق ذكرها، وهما قلق الموت وقلق الشعور بالذنب، فالكبار والبالغون من المحتمل أن تتضمن مشاعرهم تعبيرات مثل الموت، أما الصغار فإنهم يعبرون عن مشاعر تشير إلى الذنب. (Mary, 1996).

وفى دراسة كان هدفها التعرف إلى مدى سيطرة الاضطرابات الاكتئابية، والرضا عن الحياة لدى مجموعتين الأولى: قوامها (١٢١) من المسنين المصابين بالشلل، والثانية: مجموعة ضابطة مماثلة لهم فى كل شئ من حيث الظروف الديموجرافية والاجتماعية وغير ذلك وهذه المجموعة قوامها (٦٠) فرداً من الأسوياء. وقد طبق على المجموعتين مقياس الاكتئاب للمسنين ومقياس الرضا عن الحياة. فى هذه الدراسة توصل كل من كمب، وآدامز وكامبيل (١٩٩٧)، إلى أنه لا توجد فروق بين المجموعتين فى مدى انتشار الاضطرابات الاكتئابية، هذا فى الوقت الذى وجد فيه أن نسبة ٢٨% من مرضى الشلل تعانى من سيطرة الاضطرابات الاكتئابية. كما كشفت النتائج عن أن وظيفة الأسرة واتجاهها نحو الإعاقة والمعاق، وكذلك بعض المتغيرات

النفسية الاجتماعية، تسهم فى تعديل هذا الأثر، أى تأثير الإعاقة على الأعراض الاكتئابية للمعاق، وقد أشار الباحثون لتأكيد هذا بقولهم أنه قد وجد أن بين المعاقين المتسمين بالاكتئاب ذا الدلالة الإكلينيكية، دليل ضئيل يؤكد دور المجتمع فى تعديل وعلاج هذا الاكتئاب. وقد أشارت النتائج أيضاً إلى أن المعاقين أقل رضىً عن الحياة مقارنة بالعينة السوية. وفى مجال المقارنة أيضاً قام الباحثون بتقسيم العينة التى تعانى من الشلل إلى مجموعتين، إحداهما تعانى من أعراض ما بعد الشلل، أى أن تأثير الشلل عليها أشد وأقوى من المجموعة الثانية، فكشفت النتائج أن المجموعة التى تعانى من أعراض ما بعد الشلل، أكثر اكتئاباً، وأقل رضىً عن الحياة (Kemp; Adams and Campbell, 1997).

وفى دراسة مسحية survey على مجموعة من المعاقين الذين يعالجون ويتلقون الخدمات والدعم الطبى بمركز فرجينيا للشلل بأمريكا، قام هنرى هولاند (١٩٩٧) بدراسة على عينة من المعاقين حيث أرسل لهم استخباراً بالبريد، استجاب بالرد عليه (٦١) معاقاً من أعضاء المركز الذى تراوحت مدة إصابتهم بالشلل ما بين ١٠ ـ ٥٠ سنة، ويستخدمون فى تنقلاتهم أكثر من وسيلة للتنقل والحركة مثل العكاز والكراسى المتحركة، سنادتان، أحذية للإعاقة، وأجهزة تركب بالساق للتنقل وغير ذلك. وقد كشفت النتائج أن ٣٦% منهم يعانون من فرط التوتر، و٥٢,٥% منهم يعانون من اضطرابات النوم وأنهم يتناولون عقاقير تساعدهم على خفض النشاط والحيوية، كما تبين أن من أهم اضطرابات النوم التى يعانون منها الكوابيس وضيق التنفس وكثرة التبول الليلى والانعصاب stress وعدم الراحة، و٧٢% منهم يعانون من المشاكل المعرفية والتى من أهمها التركيز، أو التذكر أو التركيز والتذكر معاً وإيجاد كلمة، و٧٥% منهم تتوافر لديهم خصائص "نمط

الشخصية أ" وبالنسبة للموقف الأسرى فقد أظهرت النتائج أن ١٣% فقط يتلقون الدعم من أزواجهم، و١١% فقط يتلقون العون من الأسرة. (Henry, 1997).

وفى دراسة اجراها كل من سوزان وبرونو (١٩٩٧)، بغرض فحص سلوك "نمط أ"، ومفهوم الذات والوحدة، وذلك على عينتين من مرضى الشلل، الأولى: خضعت لبرنامج علاجى للعلاج من آثار ما بعد الشلل، وقد كان قوام تلك العينة (٢٩) مريضاً، والثانية لم تخضع للعلاج من آثار ما بعد الشلل وقوامها (١٧) مريضاً، بالإضافة إلى عينة ضابطة لم يحدد عددها فى الدراسة، وقد أرسل لهم بالبريد الاختبارات النفسية التالية: مقياس الوحدة المعدل UCLA، وثلاثة مقاييس فرعية من مقياس تنسى لمفهوم الذات هى: مقياس تقدير الذات الأسرى، ومقياس تقدير الذات الاجتماعى ومقياس تقدير الذات الشخصى، بالإضافة إلى استخبار التعب لأعراض ما بعد الشلل، ومقياس سلوك "نمط أ" وقائمة بك للاكتئاب، وقد كشفت النتائج عن عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين (التى أكملت العلاج، والتى لم تكمل) على مقياس بك للاكتئاب، غير أن متوسط الدرجة كان أعلى لدى المجموعة التى أكملت العلاج، بالرغم من أنها لم تصل إلى المعدل الإكلينيكى. كما لم تكن بينهما فروق دالة فى سلوك "نمط أ" وأن متوسط الدرجات كان فى المعدل الإكلينيكى أيضاً. وفى مجال المقارنة بين المجموعتين المعاقتين وبين المجموعة السوية غير المعاقة تبين أن المجموعتين المعاقتين أكثر اكتئاباً، وأعلى من حيث مستوى سلوك "نمط أ". وبالنسبة لباقى المتغيرات النفسية تبين أن الدرجات لم ترتفع إكلينيكياً، ولم تكن هناك فروق دالة بين المجموعتين المريضتين بالشلل. كما كشفت النتائج عن وجود ارتباط دال سلبياً بين استخدام العكاز وبين درجة الذات الأسرية، بينما ارتبط طلب

المساعدة إيجابياً بالذات الأسرية. أما عن أكثر النتائج التى أثارت الدهشة ـ كما يذكر الباحثان ـ فهى عدم ارتباط درجة الذات الشخصية بأى من المتغيرات العلاجية، حيث تبين فى دراسة سابقة أن هناك ارتباطاً دالاً بين القبول الإيجابى للذات وبين التغلب على الآثار الناجمة عن ما بعد الشلل. ومعنى هذا أن قبول الذات الشخصية يرتبط أساساً بالإعاقة ذاتها من حيث تأثيرها على الفرد المعاق، ولأن درجة الذات الشخصية تقيس كفاية الذات وصلاحيتها وكذلك قيمة الذات بصرف النظر عن صورة الجسم والعلاقات مع الآخرين، فإن هذه النتائج تفترض أن من قبلوا الخضوع للبرنامج العلاجى أقل على كل أنماط قبول الذات عن كونهم مقبولين من قبل الآخرين. ويعلق الباحثان على أن أهمية القبول من قبل الآخرين خصوصاً الأسرة، يشير إلى ارتباط دال مع درجة الذات الأسرية ومع أنماط طلب المساعدة والعون. ورغم هذا لم يكن هناك ارتباط دال بين درجة الذات الأسرية وبين المرضى الذين يطلبون العون والمساعدة من الأزواج ومن أعضاء الأسرة. وقد أرجع الباحثان هذا إلى أن المرضى ربما يكونون خائفين من فقدان القبول الأسرى عن طريق طلب المساعدة. وأخيراً فقد كشفت الدراسة عن وجود ارتباط دال بين درجة سلوك "نمط أ" ودرجة الوحدة النفسية، كما ارتبطت درجة الوحدة النفسية بدرجة الذات الشخصية والأسرية والاجتماعية. (Susan and Bruno, 1996).

وفى دراسة نفسية لتأهيل فاقدى أعضاء الجسم عن طريق البتر، قام كل من علي عبد السلام وأحمد محمد (١٩٩٧) باختبار مجموعتين من المبتورين قوام كل واحدة منها (٥٠) فرداً، المجموعة الأولى تلقت برامج تأهيلية نفسية واجتماعية وطبية ومهنية، والثانية لم تتلق مثل هذه البرامج. وقد طبق على المجموعتين مقياس تنسى لمفهوم الذات. وقد اتضح من

النتائج أنه توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين فى مقاييس الذات الأخلاقية والأسرية والاجتماعية لصالح المجموعة التى تلقت برامج تأهيلية. بينما كانت الدلالة فى صالح الذين لم يتلقوا برامج تأهيلية فى مقاييس الذات الجسمية ونقد الذات.

والنتيجة بهذا الشكل تعنى أن المجموعة التى لم تتلق التأهيل النفسى والاجتماعى والطبى والمهنى، تعانى مقارنة بالمجموعة الأولى من القلق والتوتر والشعور بالتعاسة والدونية؛ ذلك لأن العاهة الجسمية كما فى حالات البتر تعطل حواس المبتور وأعضاء الحركة عن القيام بوظائفها، كما تشير النتيجة أيضاً إلى احتمال افتقاد أفراد العينة الثانية إلى الدفاعات الذاتية، كما أنهم قد يكونوا مرضى مجردين من الدفاعات، وكل هذا مرتبط باضطراب صورة الجسم التى قد تؤدى إلى القلق، وإلى تشويه صورة الذات ونقدها (علي عبد السلام وأحمد محمد، ١٩٩٧). والنتيجة بهذا الشكل تشير ضمنياً أن المبتورين من المجموعة الأولى التى تلقت برامج التأهيل النفسى والطبى والاجتماعى والمهنى، وربما كانوا ممن تضطرب صورة الجسم لديهم، وربما كانوا أيضاً دائمى النقد لأنفسهم.

وفى دراسة كمب وكراوسى (١٩٩٩) على عينة من المسنين متوسط عمرهم (٥٠) عاماً، وهذه العينة قوامها (٢٦٠) فرداً مقسمين على النحو التالى: العينة الأولى تعانى من شلل أطفال قوامها (١٢١) وهم يتحركون بصعوبة ويعانون من أعراض ما بعد الشلل، والعينة الثانية قوامها (١٧٧) فرداً وهى تعانى من الشلل أيضاً بسبب إصابة الحبل الشوكى وهم لا يمكنهم الحركة، والعينة الثالثة عينة ضابطة لا تعانى الشلل قوامها (٦٢) فرداً. وقد طبق على المجموعتان أداتين، الأولى اختبار الاكتئاب للمسنين، والثانية استخبار الصحة والمزاج للبالغين. وقد أسفرت النتائج عن أن الاكتئاب يتباين

بتباين العينات، فهو أعلى لدى العينة الأولى والثانية مقارنة بالعينة الثالثة، وهو أعلى لدى العينة الثانية مقارنة بالعينة الأولى. كذلك الرضا عن الحياة، فالأسوياء أكثر رضىً عن الحياة وتقبلاً للذات، والحياة بشكل عام. (Kemp and Krause, 1999). أما برجر ومارنيسك (٢٠٠٠) فقد قاما بدراسة لمعرفة تأثير الآثار الناجمة عن الشلل على استقلالية المعاقين ورضاهم عن الحياة. وقد كانت العينة قوامها (١٠٠) معاق حركياً، أرسل لهم استخبار بالبريد، وبعد تحليل النتائج وجد أن الأعراض الجديدة أو أعراض ما بعد الشلل تؤثر فى استقلالية المعاق وتجعله قانط وغير راض عن الحياة. كما أن هذه الأعراض تؤثر على أدائهم لأنشطتهم الحيوية واليومية. (Burger and Marincek, 2000). أما هازيندونك وكروى (٢٠٠٠) فقد حاولا فى دراستهما معرفة تأثير ما بعد الإعاقة على بعض الخصائص المعرفية والنفسية، وللتحقق من هذا قاما باختيار عينة قوامها (٢٣) معاقاً حركياً يعانون من أعراض ما بعد الشلل، و(٢٠) معاقاً حركياً لا يعانون من أعراض ما بعد الشلل، أى أن المجموعة الأولى مصابة بالإعاقة من مدة زمنية طويلة وظهر عليها تأثيرات الشلل أكثر مقارنة بالمجموعة الثانية، وأخيراً مجموعة ضابطة قوامها (٢٢) من الأسوياء. وقد طبقت عدة مقاييس نفسية وعقلية على العينات وهى: قائمة بك للاكتئاب "الصورة الثانية" واستخبار السلوك المرضى، واختبار المهام لبراون – بتيرسون، واختبار اوستن، واختبار استروب، واختبار كاليفورنيا للتعلم اللفظى، واختبار تكوين المحاولة، واختبار رموز الأرقام، وقد أسفرت النتائج عن أن المجموعة الأولى التى تعانى من أعراض ما بعد الشلل، أكثر اكتئاباً وأكثر توهماً للمرض مقارنة بالمجموعتين الثانية والثالثة، كما كشفت النتائج أنه لا فرق دال بين المجموعات فى باقى المقاييس النفسية، أما المقاييس العقلية الخاصة بالتذكر والانتباه والتركيز

فقد كانت دلالتها لصالح عينة الشلل الأولى، غير أن الباحثين قد أشاروا إلى أن صعوبات التذكر والانتباه التى كشفت عنها من قبل من يعانون من أعراض ما بعد الشلل، هذه الصعوبات قد تكون متصلة بالمظاهر النفسية للمرض أو راجعة إليها أكثر من كونها متصلة بالتناقص فى الأداء المعرفى. وبمعنى آخر يوجد ارتباط دال بين بعض الاضطرابات النفسية التى تصيب المعاق حركياً وبين الضعف والعجز عن الأداء المعرفى الجيد من قبل المعاقين حركياً (Hazendonk and Crowe, 2000).

وفى دراسة وصفية لعينة من المعاقين قوامها (١٥) مريضاً، قام كل من وينبيرج واهلستروم (٢٠٠٠) بمقابلتهم لكى يصفوا ويعبروا عن خبراتهم المرضية، وكانت المقابلات تسجل ويدون فيها كل ما يأتى على لسان أفراد العينة. وبعد تحليل النتائج تبين أن العينة تتوافق مع حياتها الجديدة، ومع الأعراض الجديدة للمرض وأنهم يفكرون فى كل ما يتعلق بالمستقبل. وأنه رغم الخبرة المؤلمة للوقوع فى المرض، وتهديده لحياتهم، إلا أنهم عبروا عن أنهم يقضون حياة جيدة، وينجزون معظم طموحاتهم فى أماكن عملهم وحياتهم الأسرية، كما أشاروا إلى أن الموقف النفسى الاجتماعى لهم يتعقد نتيجة أعراض ما بعد الشلل، وهو ما يجعلهم أكثر عرضة للانعصاب، لكنهم قادرون على توجيه هذه الأعباء، ما عدا تلك التى تضيف عليهم إجهاد عضلى عصبى (Wenneberg and Ahlstrom, 2000). كذلك أكد كل من اهلستروم وكارلسون (٢٠٠٠) فى الدراسة التى قاما بها على عينة قوامها (٣٩) معاقاً عاشوا مع المرض مدة تزيد على ٢٥ سنة، أن نصف العينة وإن كان يشعر بوضاعة مسئولياته فى الحياة وأن الحياة غير جيدة بالنسبة لهم، إلا أن النصف الآخر ذكروا أنهم يعيشون مستويات من الرفاهية النفسية/ الاجتماعية، كما أشار ربع العينة إلى أن الشلل يعنى القوة والتطور الشخصى.

وهذا يختلف مع دراسات أخرى سبق ذكرها حيث تبين منها أن المعاقين يرون أن الحياة قاتمة، وأنهم مكتئبون وغير ذلك من السمات التى تشير إلى أنهم يعانون بحق من عدد من الاضطرابات النفسية (Ahlstrom and Karlsson, 2000).

وفى الدراسة التى قام بها مصطفى عبد الباقى (٢٠٠١) للتعرف على السلوك التوكيدى لدى عينتين من المعاقين بإعاقات مختلفة، الأولى تتكون من (٣٠) معاقاً تلقوا برنامج تأهيل، ولديهم أعمال يزاولونها، والثانية من (٣٠) معاقاً لم يتلقوا أى برامج تأهيل، وخاصة البرامج النفسية، وغير منخرطين بالمجتمع ولا يزالون أعمالاً بصفة منتظمة، لأسباب شخصية. وقد طبق عليهم مقياس التوكيدية لدى المعاقين. وقد أسفرت النتائج عن أن العينة التى تلقت تأهيل تتسم بخصائص نفسية مثل الاستقلال والاعتماد على النفس، والثقة بها، وارتفاع مستوى التوكيدية، والميل إلى التفرد، والخصوصية، والبعد عن الإذعانية أو العدوانية، وتمتعهم بدرجة صحية من الطموح والسعى نحو تأكيد الذات، والتفوق النفسى، بل والحرص عليه. وتأدية مهامهم بكفاءة واقتدار، مما يشعرهم بأنهم ليسوا فى حاجة إلى الآخرين كثيراً. وأنهم ليسوا عبئاً على الأسرة أو المجتمع. وهذه هى الجوانب التى يفتقدها أفراد المجموعة الثانية من المعاقين المنعزلين رهن إعاقتهم (مصطفى عبد الباقى، ٢٠٠١).

فروض الدراسة:

من خلال ما تقدم وما عرض من نتائج فى سياق الدراسات السابقة تحددت صياغة فروض البحث على النحو التالى:

١- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين المعاقين حركياً والأسوياء فى متغيرات المثلث العصابى وهى: توهم المرض، والاكتئاب، والهستيريا.

٢- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين المعاقين حركياً والأسوياء في متغيرات المثلث الذهاني وهي: البارانويا، وتوهم المرض، والسيكاثينيا.

الاجراءات المنهجية للبحث:

أ- العينة: تم تقسيم العينة إلى ما يلي:

١- عينة المعاقين حركياً، وهي تتكون من (٧٠) معاقاً حركياً من الذكور الذين يترددون على جمعية التأهيل المهني بالإسكندرية، وقد تراوحت مدة الإصابة بالإعاقة الحركية ما بين ٢٢ ـ ٤٠ عاماً.

٢- عينة الأسوياء، وهي تتكون من (٧٠) مفحوصاً من الأسوياء الذين ليست بهم إعاقة حركية، أو بدنية، أو إعاقة من أي نوع. هذا وقد تراوح المدى العمري للعينتين ما بين ٣٠ ـ ٥٥ عاماً.

ب- التطبيق ووصف العينة:

تم تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه كاملاً على جميع أفراد العينتين، وذلك للإفادة من نتائج بقية المقاييس في دراسة أخرى للباحث، وكذلك للحصول على قيمة درجة مقياس التصحيح (ك)، لإضافة نسب معينة منها إلى بعض المقاييس المستخدمة في سياق البحث الحالي. وفيما يلي نعرض التطبيق على عينتي البحث.

أولاً: بالنسبة لعينة المعاقين حركياً:

تم التطبيق على أفراد تلك العينة بشكل منفرد بمركز جمعية التأهيل المهني بالإسكندرية، وهذا المركز يتردد عليه جميع المعاقين من المسجلين بمكاتب المعاقين للتأهيل المهني وعددها ستة مكاتب على مستوى الإسكندرية

وجميعهم يعانى من إعاقات حركية مختلفة، فمنهم من يعانى من إعاقة حركية فى ساق واحد، أو ساقين، ومنهم من يعانى من إعاقة حركية تشمل الأطراف العلوية والسفلية، ومعظمهم يستخدم أدوات مساعدة مثل العكاز، أو العكازين، ومنهم من يستخدم سنادات طبية، أو كراسى متحركة، وجميعهم يترددون بشكل دائم على المركز للإفادة من الخدمات التأهيلية والطبية التى يقدمها المركز لرواده.

ثانياً: بالنسبة لعينة الأسوياء:

تم انتقاء العينة من عدة مناطق من مدينة الإسكندرية ممن يعرفهم الباحث أو يعرفهم أحد من أصدقاء الباحث، وقد كان التطبيق يتم أيضاً بشكل منفرد.

وقد استغرق التطبيق (١٩) شهراً. نظراً لأن عينة المعاقين وإن كان ترددهم دائماً إلا أنهم كانوا يأتون فى أيام محددة وليس كل يوم.

ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين فيما يتعلق بالمستوى العمرى والاقتصادى، والاجتماعى، والثقافى.

جـ: أداة البحث:

استخدم الباحث فى الدراسة الحالية اختبار الشخصية المتعدد الأوجه الذى يعد من أهم الأدوات التى وضعت لقياس الشخصية عن طريق التقرير الذاتى وهو من تأليف كل من ستارك هاثاواى، وج. س. ماكنلى، وقد أعده للعربية كل من لويس كامل مليكه، وعطية محمود هنا، ومحمود عماد الدين إسماعيل.

والاختبار يفيد بوصفه أداة للتقويم الإكلينيكى، ويقدم صورة متكاملة عن الجوانب المتعددة فى شخصية الفرد، تتمثل فى درجات على المقاييس

المختلفة التى يتكون منها الاختبار. وللاختبار صورتان جمعية وفردية، الصورة الفردية المستخدم بعض مقاييسها فى الدراسة الحالية تتكون من (٥٥٠) فقرة، أضيف إليها (١٦) فقرة مكررة فى الصورة الجمعية، وفى ورقة الإجابة.

وتغطى فقرات الاختبار مدى واسعاً من الموضوعات التى تتناول الجوانب المختلفة فى الشخصية مثل الصحة العامة، والنواحى الصحية بما فيها من أجهزة الجسم المختلفة، العادات، العائلة، الزواج، المهنة، التعليم، الاتجاهات الجنسية، والاجتماعية، والدينية، والسياسية، والنزعات السادية، والمازوخية، والهواجس، والهلاوس، والمخاوف المرضية، والحالات الانفعالية المختلفة بما فيها حالات الاكتئاب، والحالات الوسواسية والقهرية والروح المعنوية وما يتصل بالذكورة والأنوثة واتجاه المفحوص نحو الاختبار. وقد صنفت هذه الفقرات فى أربعة مقاييس صدق هى مع رموزها: عدم الإجابة(؟)، الكذب (ل)، الخطأ أو التواتر (ف)، والتصحيح (ك)، وعشر مقاييس إكلينيكية هى مع رموزها: توهم المرض (هـ س)، الاكتئاب (د)، هستيريا (هـ ى)، الانحراف السيكوباتى (ب د)، الذكورة ـ الأنوثة (م ف)، البارانويا (ب أ)، السيكاثنيا (ب ت)، الفصام (س ك)، الهوس الخفيف (م أ)، والانطواء الاجتماعى (س ى). (لويس كامل، ١٩٩٠: مواضع متفرقة).

وقد انتقى الباحث ستة مقاييس إكلينيكية هى: توهم المرض والاكتئاب والهستيريا والبارانويا والسيكاثينيا والفصام، وذلك لتطبيقها فى سياق البحث الحالى على أساس التصنيف الموضوع من قبل واضعى المقياس والذى يرى أن المقاييس الثلاثة الأولى تمثل المثلث العصابى، والمقاييس الثلاثة الأخرى تمثل المثل الذهانى.

ثبات اختبار الشخصية المتعدد الأوجه وصدقه:

استخدم هذا الاختبار على وجه الخصوص فى مئات الدراسات وتم التحقق من صدقه وثباته، وكذلك ثبات مقاييسه الفرعية وصدقها، الأمر الذى يرى الباحث معه الاكتفاء بما حققه هذا الاختبار من نتائج فى تلك الدراسات وبما حققه من قدر عال من الثبات والصدق.

الأساليب الإحصائية:

حسبت فى الدراسة الحالية المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعينتى البحث، كما تم حساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات.

النتائج ومناقشتها (*):

جدول (١) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات الحسابية وقيم (ت) لمتغيرات توهم المرض والاكتئاب والهستيريا لدى المعاقين حركياً والأسوياء.

العينة / المتغير	المعاقين حركياً		الأسوياء		قيمة ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
توهم المرض	١٧,٨	٣,٠٨	١٥,٧٦	٣,٠٥	٣,٩١	٠,٠١
الاكتئاب	٢٦,٣٦	٣,٧١	٢٥,٢٣	٤,٢٢	١,٦٧	غير دالة
الهستيريا	١٢,٨٦	٢,٧٧	١٥,٧٠	٣,٢٨	٥,٤٩	٠,٠١

(*) حسبت الدرجة الخام لمقياس توهم المرضى بعد إضافة (٠,٥ ك) كما حسبت الدرجة الخام لكل من مقياسى السيكاثينيا والفصام بعد إضافة الدرجة ك.

جدول (٢) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت) لمتغيرات البارانويا والسيكاثينيا والفصام لدى المعاقين حركياً والأسوياء.

العينة / المتغير	المعاقين حركياً		الأسوياء		قيمة ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
البارانويا	٢٢,٤٠	٢,٣٥	٢٠,٥٦	٢,٠٥	٤,٩٠	٠,٠١
السيكاثينيا	٢٤,٧٣	٢,٧٦	٢٢,٨٣	٢,٣٢	٤,٣٨	٠,٠١
الفصام	٣١,٤٣	٣,١٦	٣١,٣٦	١,٩٨	٠,١٦	غير دالة

مناقشة نتائج الفرض الأول:

أولاً: بالنسبة لمتغير توهم المرض:

بالنظر فى جدول (١) يتبين أن قيمة (ت) دالة عند مستوى (٠١،) لصالح عينة المعاقين حركياً. والنتيجة بهذا المعنى تشير إلى اهتمام من قبل المعاقين حركياً غير عادى بوظائف الجسم وشكاوى توهم مرض غامضة، وتشاؤم وشعور بالمرارة، وبنقص الكفاءة الشخصية والفعالية. كما أنهم يبالغون فى علل العالم وفى موقفهم، ونادراً ما يعبرون عن عدائيتهم بصورة ظاهرة، ولكنهم يعبرون عن هذه المرارة بصورة مقنعة باستخدام الشكاوى الجسمية للتحكم فى الآخرين. وما يؤيد هذا أن نسبة ٥٤,٣% من مجموع عينة المعاقين حركياً تقع فى حدود عدم السواء الإكلينيكى. بينما نسبة ١٤,٣ % من مجموع عينة الأسوياء تقع فى حدود عدم السواء الإكلينيكى. إن المعاقين حركياً يعتبرون من أكثر الناس شعوراً بالمرارة والألم مهما حاولوا أن يخفوا هذا؛ ذلك لأنهم فى معظم المواقف يجدون أنفسهم دون غيرهم من الأسوياء. فالأسوياء يمرحون، ويلعبون، ويصعدون، يذهبون، يجيئون، كل شئ بالإمكان يفعلونه أما هم فلا حول لهم ولا قوة، وكل ما يمكنهم فعله أو القيام به يتوقف على نسبة الإعاقة، فإن كانت بسيطة كأن تكون إعاقة فى

ساق واحدة فسوف يستخدم عكازاً أو عصا أو غير ذلك من الأدوات المساعدة، مع الأخذ فى الاعتبار أنه بفقدان ساق واحدة يفقد المعاق حركياً ذراعه أيضاً لأنها سوف تسخر لخدمته كى تساعده على الحركة، هذه الإعاقة البسيطة هى التى تتحكم فى حركته وسلوكه وما يمكن أن يفعله، والأشد والأقوى (*) من هذا لو كانت الإعاقة فى الساقين، فسوق تتقيد معهما اليدين لاستخدام العكازين أو غيرهما، وبالتالى تكون حركته بطيئة هشة، وبسهولة يسقط على الأرض إذا أعاقه شئ، أما لو كانت إعاقته شديدة جداً كأن لا يمكنه التحرك إلا على كرسى متحرك، فحدث ولا حرج من الإحساس بنقص الكفاءة الشخصية وعدم الفعالية، حيث الأمر يتطلب تدخل الغير للمساعدة، لا فى التنقل والحركة من مكان إلى مكان فحسب، بل فى قضاء أى أمر من الأمور البيولوجية والفسيولوجية. وما أصعب هذا وما أقساه وأعنفه على نفس المقعد! خصوصاً لو كان هذا المقعد صحيحاً سوياً قبل أن تأكل الإعاقة جسده، أو يسرى الشلل فى أطرافه.

وكل ما سبق قد يدفع بعض المعاقين حركياً إلى أن يكثروا من الشكاوى البدنية لا لشئ إلا لأنهم يرغبون أن يكونوا محل أنظار الغير، ولأنهم لديهم إحساس داخلى أنهم إن لم يفعلوا ذلك فسوف يهملون ويتركون، وهم يرغبون دائماً أن يقولوا نحن هنا، نحن موجودون، لا تتركونا وحدنا لأننا مثلكم.

كما أن التدهور الذى يزداد مع تقدم العمر فى صحتهم يجعلهم بمرور الوقت أكثر ضعفاً مما يزيد من عبء الضغوط النفسية الانفعالية عليهم، الأمر الذى يكون معه الشكوى والحاجة. (Hansson and Ahlstrom, 1999).

(*) حسبت الدرجة الخام لمقياس توهم المرضى بعد إضافة (٠,٥ ك) كما حسبت الدرجة الخام لكل من مقياسى السيكاثيتيا والفصام بعد إضافة الدرجة ك.

إن الباحث فى نفس المعاق حركياً، بعمق وتأمل، سوف يجد أنه مجبر على الاهتمام غير العادى بجسده، وسلوكه قهرى فى هذا الأمر، وهذا مما قد يصل به إلى أن يكون توهمه للمرض توهماً غامضاً، وهو غامض ـ من وجهة نظر الباحث ـ لأنه هو نفسه لا يعرف لماذا يشكو، لكنه يريد، أن يكون موجوداً. إنها علة نفسية تدفع بالمعاق حركياً دفعاً نحو الاكتئاب فى أحيان كثيرة، وفى عينة البحث الحالى يتحقق هذا بشكل لافت للنظر حيث أنه برغم أنه لا توجد فروق بين المعاقين حركياً والأسوياء فى متغير الاكتئاب إلا أن درجتهما تقع فى حدود اللاسواء الإكلينيكى، ويتأكد هذا إذا علمنا أن نسبة ٨٤,٣% (درجة تائية ٧٠ وما فوق) من المعاقين حركياً يتجهون نحو الاكتئاب. وهذا ما سوف نناقشه فيما بعد.

والنتيجة الحالية تؤكد المقولة العلمية ـ النفسية وهى أن توهم المرض أحياناً يكون هو المصدر الأساسى للاكتئاب، وبذلك تنعكس العملية الدينامية، أى أن خوف المريض على صحته الجسمية قد يكون هو مصدر الاكتئاب. على أن الباحث يود أن يضيف فى هذا الصدد أنه ربما يكون الخوف على الصحة مصدره أنه فقد كل شئ ولم يتبق له ما يخاف عليه إلا صحته الجسمية، فيتخذ كل السبل السوية وغير السوية لتحقيق هذا، وهو يفعل دائماً هذا كنوع من الدفاع عن النفس وبقاؤها وبالتالى استمراريته هو.

كما يود الباحث الإشارة إلى أن التحليل العاملى لهذا المقياس على وجه الخصوص قد كشف عن عامل مشترك هو الصحة البدنية الضعيفة. كما أن هناك مقاييس أخرى من المقاييس الخاصة والجديدة التى استخرجت من مقياس الشخصية المتعدد الأوجه تشتمل على نسبة كبيرة من فقرات المقياس، من هذه المقاييس: مقياس "الأعراض البدنية" ومقياس "الأعراض العضوية" ومقياس "الصحة الضعيفة" فهل معنى أن فقرات

المقياس تتضمن إشارة إلى الأعراض البدنية أو العضوية أو الصحة الضعيفة؟ هل هذا يسهم فى إبراز المعاقين حركياً كمتوهمين للمرض؟ من يعلم؟

وبالنظر فى الدراسات السابقة نرى أن دراسة(دونالد وآخرون، ١٩٨٩)، قد أشارت إلى أن درجات المعاقين حركياً لدى مجموعتى الإعاقة على مقياس توهم المرض من اختبار MMPI قد جاءت فى حدود السواء. وبهذا تختلف هذه النتيجة مع النتيجة التى توصلت إليها الدراسة الحالية، ونفس النتيجة جاءت فى الدراسة التى قام بها كل من (كلارك وآخرون، ١٩٩٤) والتى استخدم فيها اختبار الشخصية المتعدد الأوجه "الصورة الثانية" حيث أشارت هى الأخرى إلى أن المشلول المعاق حركياً تقع درجته فى حدود السواء المرضى. وبتتبع معاودة القراءة فى الدراسات السابقة نجد إشارة إلى ارتفاع درجة المعاقين حركياً على مقياس الأعراض الجسمية، وذلك فى دراسة (كونرادى وآخرين، ١٩٨٩)، وفى هذا إشارة وتأكيد لما سبق حيث اهتمام المعاق حركياً بأعراضه أو بالأعراض الجسمية، وكذلك دراسة (دونالد وآخرين، ١٩٨٩) حيث شيوع الاستجابات على بنود الصور الجسدية، وأيضاً دراسة (هازيندك وكروى، ٢٠٠٠)، حيث أشارت إلى أن الأسوياء أقل توهماً للمرض مقارنة بمجموعتى الإعاقة الحركية موضوع الدراسة، وكل هذا يتفق مع نتائج الدراسة الحالية.

ثانياً: بالنسبة لمتغير الاكتئاب:

بالنظر فى جدول (١) يتبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين عينتى البحث فى متغير الاكتئاب، والدرجة بهذا الشكل لا تعنى السواء برغم عدم الدلالة الإحصائية؛ إذ أنه مما يلفت النظر أن متوسطات الدرجات لدى العينتين

تدل على أنها خارج المعدل الإكلينيكى مما يعد إشارة سافرة تؤكد سمة الاكتئاب لدى العينتين (المعاقين حركياً والأسوياء)، فقد تمثل الاكتئاب بنسبة ٨٣,٣% لدى عينة المعاقين حركياً، بينما تمثل نسبة ٥٧,٧% لدى الأسوياء، (درجة تائية ٧٠ وما فوق للعينتين) وإذا كانت الدرجة المرتفعة تشير إلى أن أصحابها يتسمون بالاكتئاب والقلق وتقلب المزاج والمعاناة من الكف وفرط الحساسية لمستواهم الوظيفى الاكتئابى، وهم عادة منطوون ومعزولون، فهذا الأمر قد يكون مقبولاً بالنسبة للمعاقين حركياً للظروف الخارجية اللاإرادية التى ألمت بهم وحولت حياتهم إلى عذابات يومية وشبه يومية، لكن من غير المقبول أن يكون الأسوياء منطوين ومعزولين. إن النتيجة بالنسبة للأسوياء دلالة واضحة على أن العصر الذى نعيشه هو عصر الاكتئاب وهو إشارة جادة إلى الكَبَدَ الذى يلاقيه الناس فى حياتهم. فالمخاطر من كل جانب والضغوط البيئية تطوق أعناقهم، تخنقهم كما تخنق غيرهم بلا رحمة ولا هوادة، إن كل الأمور الحياتية صارت لا تطاق، لم يعد الإنسان فيها آمناً على نفسه ولا على يومه أو غده ولا على مستقبل من يعول، خصوصاً ونحن كل يوم نجد متغيرات على الساحة المحلية والدولية تشير إلى أن البقاء للأقوى حتى وإن كان ظالماً. وأن صاحب الحق عليه أن يلعق التراب، بل لا مكان له، كما ارتفعت الأسعار فى كل شئ، وهذا الارتفاع كما يقولون أكل معه الأخضر واليابس، تتغير أمور كثيرة نحو الأسوأ، ولا تعديل إيجابى نحو الارتقاء بالإنسان، والصعود به إلى قمة جبل الأمن والأمان، بل الهبوط به نحو بئر الحرمان والتفكير الدائم فى الخروج منه، مع الأمل البعيد، والحلم السقيم، والسبات العميق، فهل ما سبق جعل من أسوياء عينة البحث الحالى ينحون منحى الكسالى فصاروا غير مفرطى النشاط؟ بل وصل الأمر بهم إلى أن يكون من الصعب استثارتهم، وأنهم من شدة الضغوط

صار النوم عسير عليهم وفقدوا الشهية للطعام. أم أن الحال لن يكون هكذا إذا درسنا عينة أخرى أو كان حجم العينة الحالية أكبر مما عليه، من يعلم؟

أما بالنسبة للمعاقين حركياً فالنسبة (٨٣,٤%) لا تدع مجالاً للشك بأنهم يعانون ويقاسون، خصوصاً وأن عدد كبير من الدراسات يؤكد هذا. كما أنهم أعضاء فى مجتمع الأسوياء يتأثرون كما يتأثر الأسوياء، وما يلحق بالسوى يلحق بالمعاق. إن الدرجة إشارة واضحة إلى حزن عام ومزاج اكتئابى، أما بالنسبة للذات أو للحياة. وهو إشارة أكيدة نحو زيادة التشاؤم واليأس اللذين يعمان حياة المعاق حركياً، فينزع نحو الشعور بالذنب أو الدونية، والانتقاص من قدر الذات والإنزواء والاكتئاب. إن دلالة الدرجة التى حصل عليها المعاقون حركياً والتى تشير إلى ما سبق يدعمها الكثير من الدراسات، ففى دراسة فيوليت إبراهيم (١٩٨٦) ما يؤكد أن المعاق عندما يبتعد عن الدونية والانتقاص من قدر الذات، ينمو مفهوم الذات لديه، ودراسة دونالد وآخرين (١٩٨٩)، تؤكد أن المعاقين حركياً لديهم اضطرابات مزاجية لافتة للنظر، وما يدل على الاكتئاب مثل اضطرابات التوافق، والاكتئاب الدورى، وحوادث الحياة الاكتئابية، وليس هذا فحسب فهناك من حاول الانتحار. وأنهم يصعب عليهم النوم ويشعرون بالذنب، مع فقدان الشهية. وبرغم النتائج التى أبرزتها دراستا دونالد وآخرين (١٩٨٩) وكلارك وآخرين (١٩٩٤) والتى تم فيها تطبيق اختبار MMPI، إلا أنها لم تتفق مع نتائج هذه الدراسة، ذلك لأن نتائج الدراستين قد أشارتا إلى أن درجات المعوقين حركياً لم تصل إلى درجة اللاسواء الإكلينيكى. أما فى الدراسة الحالية، فالدرجة لدى الأسوياء والمعاقين حركياً قد وصلت إلى المعدل الإكلينيكى وعند درجة تائية (٧٠)، والتى تشير إلى ما يؤكد الاكتئاب الإكلينيكى. وهذا على الرغم من عدم وجود فروق دالة إحصائياً بينهما على متغير الاكتئاب.

إن الاكتئاب شائع بصورة ما أو بأخرى لدى المعاقين حركياً، وهذا ما تؤكده دراسة كونترادى وآخرين (١٩٨٩) ودراسة فردريك (١٩٩١)، ودراسة تات وآخرين (١٩٩٣) التى أجريت على عينتين معاقتين إحداهما تتسم بالاكتئاب والشعور بالكرب والهم، ودراسة تات أيضاً (١٩٩٤) التى أجريت أيضاً على عينتين معاقتين أحدهما مكتئبة، والتى أكدت أن المعاقين حركياً المكتئبين يميلون إلى الانطواء والعزلة والعيش بمفردهم: أما دراسة دن (١٩٩٦) ففيها إشارة ضمنية إلى أن تقبل الاستئصال والبتر يكون له تأثير على الحد من الاكتئاب. ودراسة مارى (١٩٩٦) التى أكدت فيها على انتشار الاكتئاب لدى عينة دراستها بنسبة ٧٠%، أما دراسة علي عبد السلام وأحمد محمد (١٩٩٧)، فبرغم أنها أشارت إلى أن المبتورين الذين لم يتلقوا التأهيل يعانون من بعض أعراض الاكتئاب مثل القلق والتوتر والشعور بالتعاسة والدونية مقارنة بمن تلقوا التأهيل، إلا أن الباحث يتحفظ على هذه النتيجة، لأن التأهيل، والعلاج يحتاج مدة أطول بكثير قد تصل إلى سنوات لأن إزالة ما رسب فى النفس من نواحى نقص وعدم اكتمال وكآبة، ليس من السهل أن يلقيها المعاق خلف ظهره فى مدة زمنية وجيزة. وفى دراسة كمب وكراوسى (١٩٩٩) أيضاً تبين أن الأسوياء أقل اكتئاباً، كما أشارت إلى أن الاكتئاب يتباين بتباين نوع وحجم الإعاقة الحركية، فأصحاب الإعاقة الناتجة عن شلل فى الحبل الشوكى أكثر اكتئاباً من عينة الشلل التى تعانى من آثار ما بعد الشلل وهكذا. وأخيراً دراسة هازيندونك وكروى (٢٠٠٠) التى أكدت هى الأخرى فى نتائجها على أن العينتين المعاقتين أكثر اكتئاباً من الأسوياء.

وإذا كان ما سبق فيه ما يؤكد اتصاف المعاقين حركياً بالاكتئاب، إلا أن الباحث يود الإشارة إلى دراسة برونو (١٩٩٥) التى تشير إلى أن مجموعتى الإعاقة موضوع دراسة تعانيان الاكتئاب لكنه لم يصل إلى الحد

الإكلينيكى المرضى، وبمعنى عدم دلالة الفروق من الناحية الإحصائية، ودراسة كمب وآدمز وكامبيل (١٩٩٧) التى أشارت إلى أنه لا توجد فروق بين الأسوياء والمعاقين حركياً فى انتشار الاضطرابات الاكتئابية لدى العينتين. وكذلك دراسة سوزان وبرونو (١٩٩٧) التى أكدت هذا بل أضافت أن الأسوياء أقل اكتئاباً من مجموعتى الإعاقة أيضاً، ودراسة أهلستروم وكارلسون (٢٠٠٠) التى تؤكد عكس ما تراه معظم الدراسات من أن المعاقين يرون الحياة على أنها قاتمة، وأنهم مكتئبون.

ثالثاً: بالنسبة لمتغير الهستيريا:

بالنظر فى جدول (١) يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين فى متغير الهستيريا لصالح الأسوياء وبالنظر فى جداول تفسير الدرجات على هذا المقياس يتبين أن جميع أفراد العينة السوية لم تصل إلى الحد الإكلينيكى (٧٠ درجة تائية وما فوق) وبالمثل لدى عينة المعاقين حركياً، بل إن نسبة ٦٠% من عينة المعاقين حركياً لم يصل معدل درجاتهم إلى الحد الإكلينيكى الأدنى عند تفسير الدرجة وهو (٤٤ درجة تائية فأقل).

والنتيجة بهذا الشكل لم تؤكدها سوى دراستى دونالد وآخرين (١٩٨٩) وكلارك وآخرين (١٩٩٤)، حيث أشارتا إلى أن درجات المعاقين على مقياس الهستيريا تقع فى المعدل الإكلينيكى. هذا على الرغم من أنه لم يرد بالدراستين أية إشارة إلى الحد الإكلينيكى الذى يجب أن يأخذ فى الاعتبار أن الدرجة قريبة من السواء الإكلينيكى.وكذلك لم تتناول الدراستان عينات سوية كدراسة مقارنة، وهذا ما يأمل معه الباحث أن تكون هذه النتيجة إضافة علمية جديدة فى مجال علم النفس.

وبرغم أن الدرجة التى حصل عليها الأسوياء لم تتجاوز المعدل الإكلينيكى المرضى، إلا أنها أيضاً لم تتجاوز المدى الذى يمكن أن يقال معه أنهم غير هستيرين، حيث تبين أن ٨٥,٧% منهم قد حصلوا على درجات منخفضة تماثل الدرجة التائية (٤٤ فأقل)، وهذا يعنى أنهم معزولون اجتماعياً ومسايرون وتنقصهم الرغبة فى المغامرة، كما تنقصهم الاهتمامات، ويشعرون أن الحياة قاسية، كما أنهم ساخرون ولديهم دفاعات قليلة لوقايتهم من البيئة الخارجية، ومن ثم فهم معرضون لوطأة البيئة القاسية. وهذه النتيجة ربما تكون إشارة إلى أن الأسوياء لديهم ما تحويه الصدور هم أيضاً، وما لم يكشفوا عنه من الناحية النفسية على الأقل. فالدرجة تمثل درجة من درجات الاضطراب العصابى، وهى إشارة لا يمكن إغفالها، خصوصاً وأن درجتهم على متغير الاكتئاب تقع فى حدود الاضطراب الإكلينيكى، وهى إشارة أيضاً إلى أنهم فقدوا الكثير من الاهتمامات، ويؤثرون العزلة والبعد عن المغامرة، فالحياة بالنسبة لهم لا تحتمل أكثر من هذا. وإذا بذلوا الجهد فيكون قليلاً وذلك لحمايتهم من البيئة الخارجية التى يعانون وطأتها. والسؤال هل النتيجة بهذا الشكل تمثل أحد الآثار السلبية التى يسببها المجتمع الذى نعيش فيه؟ وهل تأثير هذه الآثار المجتمعية التى يعيشها الأسوياء يصل إلى حد أن تعتل صحتهم النفسية؟ أم أن العيب فى الأسوياء أنفسهم الذين استسلموا للظروف والأحوال المحيطة بهم، وجعلوا الدنيا تعلو بهم وتهبط، وتقلبهم كيفما تشاء.

ونختم تفسير نتيجة الفرض بأن نلفت النظر إلى بعض ما يعانيه أصحاب الإعاقات الحركية على وجه الخصوص. وذلك من واقع نتائج الدراسات السابقة التى لم نشر إليها حتى الآن حيث أشارت بعض الدراسات إلى ما يدل على اضطرابهم عصابياً ووجدانياً، وأشار بعضها الآخر إلى أن

لديهم سمات وخصائص إيجابية، والغرض من هذا أن نقف عند الحد الذى يمكننا من فهم شخصية تلك الفئة من ذوى الاحتياجات الخاصة، حتى نتمكن من دعم الجوانب الإيجابية فى شخصياتهم، وتقويم وتعديل سلوك تلك الجوانب السلبية فى حياتهم حتى نعدهم أفراداً أسوياء نفسياً يقبلون المجتمع، ويقومون بدورهم فى الحياة وهم راغبون فيها. ويمكن أن نجمل صور تلك الاضطرابات العصابية فيما يلى: اضطراب مفهوم الذات، العداوة، التوتر الزائد، النظرة التشاؤمية تجاه الحياة، عدم الرضا بالحياة ولا بالوضع الوظيفى، ضعاف من حيث القدرة على التغلب على المشكلات الناجمة عن الإعاقة، تتسم شخصياتهم بسلوك "نمط أ" حساسين للنقد والفشل، يعانون القلق فى عدة صور منها: قلق البتر، قلق العزل أو الانفصال، قلق الانتشار أو القلق غير المحدود، قلق الارتياب، قلق الخجل والاستياء، قلق الموت، قلق مشاعر الذنب، تفاعلات اجتماعية سلبية، اضطراب النوم، الانعصاب، الوحدة النفسية، نقد الذات واضطراب صورة الجسم، وأخيراً انخفاض مستوى التوكيدية.

إن ملخص هذه النتائج ما هو إلا قطرة فى محيط، والأمر يحتاج إلى العديد من الدراسات، وإلى شحذ الهمم حتى نقدم لهم الخدمات والرعاية التى تبدل نفوسهم من الاضطراب النفسى إلى الصحة النفسية.

مناقشة نتائج الفرض الثانى

أولاً: بالنسبة لمتغير البارانويا

بالنظر فى جدول (٢) يتبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين حركياً والأسوياء فى متغير البارانويا وذلك عند مستوى (٠,٠١) لصالح المعاقين حركياً. وهذه الدلالة تعنى أن المعاقين حركياً مقارنة

بالأسوياء متشككون، عدائيون، حذرون، مفرطو الحساسية، مجالون، ينزعون إلى لوم الآخرين، ويعبرون عن عدائيتهم غالباً بصورة ظاهرة، ويبررون ذلك بأنه نتيجة لما فعله الآخرون بهم. ويطغى على سلوكهم التمركز - حول - الذات والتمسك الشديد بالأخلاقيات.

وهذه النتيجة تعنى أن استجاباتهم تقع بعيدة عن السواء الإكلينيكى، ويمعنى آخر فهى قد تعد إشارة مرضية لخلق بارنويدى واضح. ذلك أن نسبة ٩٤,٣% من الدرجات قد وقعت فى حدود اللاسواء (تائية ٧٠ وما فوق). والنتيجة فى حد ذاتها لا ينبغى أن تمر هكذا، أو لمجرد التعرف إلى الفروق بين مجموعتين ما، بل يجب أن نتوقف عندها لأنها ذات دلالة مرضية، فإذا كان الفرد (المعاق حركياً) قد لا يظهر فعلاً دليلاً على اضطراب فكر ذهانى، إلا أنه كما سبق أن ذكرنا عادة ما يظهر خلقاً بارنويدياً واضحاً. وهذا إشارة للفكر الذى لا يمكن أن يطلع عليه أحد لدى المعاق حركياً إلا هو، ولا يمكن الكشف عن هذا إلا ببعض الوسائل منها البحث العلمى أو أن يكون الفرد على دراية كاملة بالمعاق وما يعتمل داخل نفسه، أو المعاق نفسه عندما يجيب صراحة على بنود مقياس كهذا. والباحث لا يرى غرابة فى هذه النتيجة، فإذا كانوا - كما أشارت النتائج السابقة - متشائمين ويشعرون بالمرارة، وبنقص الكفاءة الشخصية والفعالية ويعبرون عن مرارتهم بصورة مقنعة باستخدام الشكاوى البدنية للتحكم فى الآخرين، ومزاجهم مضطرب، ومنطوون عادة، ومعزولون، وكل هذا يمثل خصائص سلبية تجعلهم يشعرون بعدم الرضا عن الذات، فكيف لا نجدهم مفرطوا الحساسية. إن أى إنسان آخر سوى لا إعاقة به، لو اعتلت صحته لأى سبب من الأسباب سيتحول وستتغير أشياء كثيرة فى شخصيته. وإذا طالت مدة العلة فليس هناك ما يمنع من أن يضطرب نفسياً بأى صورة من الصور.

إن نزوعهم نحو لوم الآخرين، والتعبير عن عدائهم تجاههم. لا يكون بصورة ظاهرة على طول الخط كما تشير النتائج، لكنه من - وجهة نظر الباحث - تعبير عن النقص والفجوة الرهيبة بين المعاق حركياً وبين السوى، فالمعاق حركياً بمثابة سجين أو أسير، سلبت حريته وتناقصت أحاسيسه بقيمته، وصار محصوراً فى دائرة روتينية، وأفعال لا يخرج عن نمطها كل يوم، وإذا استطاع لا يمكنه أن يتجاوز حداً معيناً، وهو دائماً ما يحاول، نشط، يفعل الكثير، لكنها برغم هذا أفعال وسلوكيات مسطروة بخطوط معينة ومصبوغة بلون معين، وعليه أن يقبل وإلا كان المصير اعتلال الصحة النفسية وهو أسوأ عقاب يمكن أن يناله المعاق، بل هو أول درجات الاضطراب النفسى فى مجال الصحة النفسية بالنسبة لهم.

والتمركز حول الذات إن لم يكن من خصائص المعاق حركياً على وجه الخصوص، فلمن يكون إذن؟ إن كل الشواهد التى يمر بها المعاق حركياً وكل الظروف الاجتماعية والبيئية والأسرية منذ اللحظة التى يصاب فيها المعاق إلى اللحظة التى هو عليها تدك جبال، فكيف بها ومن فى طريقها إنسان؟!

إن كل أفراد عينة البحث كانوا أسوياء قبل الإعاقة، مثلهم مثل غيرهم، لكنها الإرادة الإلهية، كانت الدنيا ملء أكفهم، وأقول هذا لأنى سمعت هذا من أحدهم، لكنها تبخرت كالبخور الذى ما يلبث أن يلاشى ولم يعد له وجود، لقد تبدل الحال، وصاروا لا يملكون إلا الفكر والفكر والفكر، ربما يجنح بهم هنا أو هناك، لكنهم حتماً عائدون أو سيعودون، لكن بماذا؟ هذا سؤال يجيب عنه المعاق حركياً عند سؤاله. ونأتى لنقطتين آخريين وهما التمسك الشديد بالأخلاق، والعدائية. فالأولى فرضتها الإعاقة وهى أسمى ما يمكن أن يفعله المعاق حركياً ويتسلح بها وهى التى ربما تدفعه دفعاً إلى الأمام وإلى الالتجاء والاحتماء بالله، فيتجنب المرض النفسى ويسلم من شرور كثيرة،

ربما كان سيفعلها لو كان سوياً. أما الثانية وهى العدائية فلا أظن أنها سمة رئيسية لديهم أو أنها تحكم سلوكهم، لأنهم لا يملكون هذا لأسباب كثيرة، صحيح أن لكل قاعدة شواذ، والتى ربما يقال معها أن كل ذى عاهة جبار، لكن الغالبية تحول ظروفهم دون هذا السلوك، إن الذى يملكونه هو التعبير بالغضب، بالانفعال، بالثورة، وغير ذلك هم لا يفعلون، قد يلوحون، يجادلون، يحاورون، لكنهم ليسوا عدوانيين. وباستطلاع التراث السيكولوجى الممثل فى الدراسات السابقة، نجد أنه لا توجد دراسة واحدة - حسب حدود علم الباحث - قد اتفقت نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية، حتى دراسة (دونالد وآخرين، ١٩٨٩)، ودراسة (كلارك وآخرين، ١٩٩٤). كل منهما أكدت على أن درجات المعاقين حركياً تقع فى حدود السواء المرضى من حيث متغير البارانويا.

ثانياً: بالنسبة لمتغير السيكاثينيا:

بالنظر فى جدول (٢) يتبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين المعاقين حركياً والأسوياء فى متغير السيكاثينيا وذلك لصالح عينة المعاقين حركياً. والنتيجة على الرغم من كونها فى صالح المعاقين حركياً إلا أنها فى حدود السواء الإكلينيكى سواء بالنسبة للأسوياء أم بالنسبة للمعاقين حركياً، والفرق فقط يكمن فى أن الأسوياء أكثر شعوراً بالأمن والارتياح مع ذواتهم مقارنة بالمعاقين حركياً، وهذا شئ طبيعى أو المفروض أن يكون كذلك، وفى مجال المقارنة بين العينتين نتبين أن الأسوياء أكثر استقراراً انفعالياً، ومعدل القلق أقل لديهم. كما أن كليهما إذا أوكل إليه العمل فإنه يقوم به، حيث الإثنان كلاهما يتسم باتجاه الإحساس بالمسئولية وتحملها. والسواء يعنى أيضاً أن كليهما بعيد عن الإرهاق النفسى وضعف الوعى الشعورى. والأفكار الوسواسية والعجز عن مواصلة العمل العادى، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (دونالد وآخرين، ١٩٨٩) ودراسة

(كلارك وآخرين، ١٩٩٤)، التى جاء فيها أن درجات المعوقين حركياً تقع فى حدود السواء المرضى، أما بالنسبة للأسوياء فلم يجد الباحث ـ حسب حدود علمه ـ دراسة بحثت هذا المتغير النفسى وهو السيكاثينيا بالدراسة على عينة سوية مقارنة بعينة معاقة حركياً.

ثالثاً: بالنسبة لمتغير الفصام:

بالنظر فى جدول (٢) نلاحظ أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأسوياء والمعاقين حركياً فى متغير الفصام، وإن كان المتوسط الحسابى أعلى قليلاً لدى عينة المعاقين حركياً، وبالنظر فى جدول تفسير الدرجات التى حصل عليها كل من أفراد العينتين نجد أنها غير مرضية وفى اتجاه السواء تماماً. مما يعنى أنهما لا يعانيان من اضطرابات التفكير والإدراك.

وإذا كانت عينة المعاقين حركياً تعانى من اضطرابات عصابية ووجدانية وسلوكية ومزاجية مقارنة بالأسوياء، مع كونها لا تعانى اضطرابات فى التفكير والإدراك، فهذا يعنى أنهم لم يصلوا إلى درجة الذهان. وقد لمس الباحث هذا بنفسه أثناء التطبيق، خصوصاً على عينة المعاقين حركياً، فنسبة كبيرة منهم تعرف ماذا تريد، وتفكر بجدية فى المستقبل وترفض الاستسلام للواقع الذى فرض عليهم، ويحاولون أن يغيروا واقعهم إلى الأحسن، إنه إعمال للفكر، ومحاولة للتغلب على اعتلال الصحة نفسياً أكثر من كونها معتلة عضوياً.

ومن واقع الدراسة السابقة نجد أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (دونالد وآخرين، ١٩٨٩) ودراسة (كلارك وآخرين، ١٩٩٤) فالمعاقون حركياً ليست لديهم دلائل تدل على أنهم فصاميون. كما أكدت ذات الدراسة أيضاً أن المعاقين حركياً أسوياء من حيث القدرة على الانتباه، وأن لديهم

القدرة على توليد الألفاظ، ويتميزون بالقدرة على التصور البصرى المكانى. وهذه إشارة إلى أنهم لا يعانون من اضطرابات عقلية أو فكرية أو إدراكية. غير أنه فى بعض الدراسات السابقة ما يختلف مع النتائج التى توصلت إليها هذه الدراسة الحالية، فقد أشارت دراسة (كونرادى، ١٩٨٩) إلى أن المعاقين حركياً (ذكوراً وإناثاً) قد حصلوا على درجة عالية على مقياس الذهانية، وأن الدرجة دالة إكلينيكياً، ودراسة (هنرى هولاند، ١٩٩٧) أشارت إلى أنهم يعانون من مشاكل معرفية مثل القدرة على التركيز أو التذكر أو الاثنين معاً، ودراسة (هازيندونك وكروى ٢٠٠٠) أشارت إلى أنهم يعانون من عجز فى الأداء المعرفى الجيد. وهذه النتائج إشارة واضحة إلى ضعف ما فى القدرة العقلية، لدى المعاقين حركياً، وهو ما يأمل معه الباحث أن يتناوله الباحثون بالدراسة والبحث فى دراسات تالية خصوصاً مع ارتفاع درجاتهم على مقياس البارانويا.

وقبل أن ننتقل إلى خاتمة البحث نود الإشارة إلى أن جملة النتائج قد أكدت على أن المعاقين حركياً عصابيون أكثر من كونهم ذهانيين، وهذا قد يعد دليلاً على ارتباط الإعاقة الحركية بالعصاب. وأخيراً بالنسبة للأسوياء، يكرر الباحث القول، بأنه لم يجد دراسة سابقة ـ حسب حدود علمه ـ تناولت دراسة هذا المتغير لديهم مقارنة بمجموعة من المعاقين حركياً.

وفى النهاية يود الباحث أن يشير إلى أن من أهم التطبيقات المستقبلية للبحث التعرف إلى بعض ما يعانى منه المعاقون حركياً بغرض تكوين صورة صادقة وكاملة قدر المستطاع عنهم تمتد إلى التعرف إلى الخصائص السلوكية لهم والاستعدادات النفسية والحركية وإمكانات التفاعل مع الآخرين، مع زيادة الوعى بالاستجابات الانفعالية الصادرة عنهم (Kohl, 1987) والسبل التى تساعدنا على أن ننمى لديهم الثقة بالذات، ونبذ الإعاقة (Bruno, 1999 b)،

مع رسم خريطة لتنمية استعداداتهم اعتماداً على مستوى ذكائهم ودوافعهم وحاجاتهم ودرجة استجاباتهم للآخرين وقدرتهم على التجاوب معهم.

التوصيات:

يوصى الباحث بأن تزداد العناية بتلك الفئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة، إنهم فى حاجة إلى من يحبهم ويفهم دوافعهم، ولا يشعرهم بنقائصهم، وأن تزداد لهم فرص العمل بكرامة حيث إن الكثير منهم يفقد عمله ومصدر رزقه بعد الإصابة ويظل يتجول على الأبواب. كما يوصى الباحث القائمين على أمر تلك الفئة سواء بجمعيات التأهيل المهنى أو غيرها أن يعاملوهم المعاملة الحسنة، فهم لا يقلون عنهم فى أى شئ، ويوصى أن يكون من بين هؤلاء مسئول معاق لأنه سيشعر بهم وبحاجاتهم ورغباتهم المكنونة لأنه منهم. ويوصى الباحث الأسرة قبل أى فرد فى المجتمع ألا تتقاعس عن أداء دورها نحو المعاق حركياً من ذويهم، لأنهم على وجه الخصوص المصدر الأول والأساسى لنمو الذات لديهم نمواً صحيحاً وتقبلهم للحياة ورضاهم عنها، لأنهم إن شعروا أن أهلهم تنفرهم فكيف الحال بالغرباء!!

أبحاث مقترحة:

١- نادرة هى الدراسات التى تناولت المعاقين حركياً، لذا يقترح الباحث إجراء دراسة مقارنة بين المعاقات حركياً والمعاقين حركياً فى بعض الأبعاد الأساسية للشخصية.

٢- إجراء دراسة مقارنة بين الإناث المبتور عضو من أعضائهم والذكور المبتور عضو من أعضائهم فى بعض المتغيرات النفسية.

٣- دراسة مستوى الطموح والدافعية للإنجاز لدى عينتين الأولى ذكور معاقين حركياً والثانية إناث معاقات حركياً.

٤- إجراء دراسة عاملية يكون غرضها التعرف إلى العوامل النفسية الكامنة وراء الاضطراب النفسى لدى عينة من المعاقين والمعاقات.

٥- دراسة "نمط أ" لدى عينات متباينة من ذوى الاحتياجات الخاصة.

٦- دراسة التفاؤل والتشاؤم لدى عينات متباينة من ذوى الاحتياجات الخاصة.

٧- دراسة الفروق فى القلق مثل قلق الموت، قلق البتر، قلق الحالة، قلق السمة، قلق الانفصال، وغير ذلك لدى عينات متباينة من ذوى الاحتياجات الخاصة.

٨- التعرف إلى أنواع القدرات العقلية من خلال دراسة مقارنة بين عينة من المعاقين والمعاقات وعينة من الأسوياء والسويات.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

١- أحمد عكاشة (١٩٨٠). الطب النفسى المعاصر، ط (٤)، القاهرة: الأنجلوالمصرية.

٢- ادث م. ستيرن وإلزا كاستنديك (١٩٩٧). الطفل العاجز، ترجمة: فوزية محمد بدران، القاهرة: دار الفكر العربى.

٣- آيات عبد المجيد مصطفى علي (٢٠٠٢). أثر برنامج إرشادى على تنمية المهارات الاجتماعية للطفل الكفيف، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (١٢)، العدد (٣٥)، ٦٧ ـ ١٠٢.

٤- سعيد عبد الله ابراهيم دبيس (١٩٩٣). دراسة لبعض العوامل المرتبطة بمفهوم الذات لدى المشلولين، مجلة دراسات نفسية، المجلد الثالث، العدد الثانى، ٢٠٩ ـ ٢٣٥.

٥- سيجموند فرويد (١٩٨٠). ثلاث مقالات فى نظرية الجنسية، ترجمة: سامى محمود علي، القاهرة: دار المعارف.

٦- شاكر عطية قنديل (٢٠٠٠). الإعاقة كظاهرة اجتماعية، المؤتمر السنوى لكلية التربية، جامعة المنصورة، نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوى الاحتياجات الخاصة، ٤ ـ ٥ أبريل، ٢٤٨ ـ ٣٧٩.

٧- علي عبد السلام علي وأحمد محمد عبد الهادى (١٩٩٧). دراسة نفسية لتأهيل فاقدى أعضاء الجسم عن طريق البتر، مجلة علم النفس، العدد (٤٢)، ١٢٦ ـ ١٤٠.

٨- فرج عبد القادر طه (١٩٩٣). موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، القاهرة: دار سعاد الصباح.

٩- فيوليت فؤاد إبراهيم (١٩٨٦). الإعاقة البصرية والجسمية وعلاقتها بمفهوم الذات والتوافق الشخصى والاجتماعى، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، الكتاب السنوى فى علم النفس، المجلد الخامس، ٣٦٣ _ ٣٨٢.

١٠- لويس كامل ملكيه (١٩٩٠). دليل اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

١١- محمود حموده (١٩٩٠). النفس: أسرارها وأمراضها، القاهرة: كمبيوفارم.

١٢- مصطفى عبد الباقى عبد المعطى (٢٠٠١). دراسة لأثر فاعلية برنامج لتنمية السلوك التوكيدى لدى المعاقين حركياً، مجلة علم النفس، العدد (٥٩)، ١٤٠ _ ١٥٤.

١٣- هانم صلاح توفليس (٢٠٠١). إتجاهات نحو دمج الطلاب المكفوفين مع أقرانهم المبصرين فى المدارس العامة بالمرحلة الثانوية: دراسة نفسية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد الحادى عشر، العدد (٣٣)، ٢٢١ _ ٢٦٢.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

1- Ahlstrom, G., and Karlsson, U. (2000). Disability and quality of life in individuals with postpolio. Disability Rehabilitation, June, 15, 22 (9), 416 – 422.

2- Allen, G. M., et al. (1994). Muscle performance, voluntary activation and perceived effort in normal subjects and patients with prior poliomyelitis. Brain, Aug., 117 (4), 661 – 670.

3- Brik, T. (1993). Polimyelitis and the post – polio syndrome: exercise capacities and adaptation – current research, future directions and widespread applicability. Med. Sci. Sports, Exerc., April, 25 (4) 466 – 472.

4- Bromberg, M. B., Waring, W. P., and Sanders, P. L. (1996). Patterns of denervation in clinically uninvolved limbs in patients with prior poliomelitis. Electromyogr. Clin. Neurophysiol., March, 36 (2), 107 – 111.

5- Bruno, R. L., and Frick, N. M. (1991). The Psychology of polio as a prelude to post – polio sequelae: behavior modification and Psychotherapy. Orthopedics, Nov., 14 (11): 1185 – 1193.

6- Bruno, R. L., Frick, N. M., and Jesse, C. (1991). Polioencephalitirs, stress and the etiology of post – polio sequelae. Orthopedics, Nov., 14 (11): 1269 – 1276.

7- Bruno, R. L. (1991). Silicon, sex and polio survivors. (on – line): Available: ftp://www. members. aol.com/harvestctr/Library/sex.

8- Bruno, R. L. et al. (1994). The nruroanatomy of post – polio fatigue. Arch. Phys. Med. Rahabil., May, 75 (5) 498 – 504.

9- Bruno, R. L., (1995). Predicting hyperactive behavior as a cause of non – compliance with rehabilitation: the reinforcement motivation survey. Journal of Rehabiliation, 61 (2): 50 – 57.

10- Bruno, R. L. (1996). Ultimate burnout: post – polio sequelae basics. New Mobiltiy, 7: 50 – 59 (on – Line). Available: http://www. ott. zynet.co.uk/ polio/lincolnshire/ library/harvest/ burnout.html.

11- Bruno. R. L. (1998). Abnormal movements in sleep as a Post – Polio Sequelae. American Journal of physical Medicine and Rehabilitation. 77: 1 – 6.

12- Bruno, R. L. (1999 a). Emotional stress in polio survivors and Post–Polio sequelae. (on–Line). Available: http://www. members. aol.com/harvastctr/pps/polio.html.

13- Bruno, R. L. (1999b). "Brating" The Tibal Drum: rejecting disability stereotypes and preventing self – discrimination. Disability and Society, 14: 855 – 857.

14- Burger, H., and Marincek, C. (2000). The influence of Post – polio syndrome on independence and Life satisfaction, Disability Rehabilitation. May, (10), 22 (7), 318 – 322.

15- Cashman, N. R., et al. (1987). Late denervation in patients with antecedent paralytic poliomyelitis. Neurology Engl. J. Med., July, 2, 317 (1), 7 – 12.

16- Clark, K., et al, (1994). A personality profile of patients diagnosed with post – polio syndrome. Neurology, 44 (10), 1809 – 1811.

17- Conrady, L. J., et al. (1989). Psychologic characteristics of polio survivors: a preliminary report. Arch. Phys. Med. Rehabil., June, 70 (6) 458 – 463.

18- Crisp, R. (2000). A qualitative study of the perceptions of individuals with disabilities concerning health and rehabilitation professionals. Disability and Society, V. 15, 355 – 367.

19- Dai. F., and Zhagn, R. Z. (1996). Social burden caused by polimyelitis. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi, Dec., 17(6): 353 – 355.

20- Dalakas, M. C. (1995). The post – polio syndrome as an evolved clinicalentity: definition and clinical description. Ann. N. Y. Acad. Sci., May, 25, 735, 68 – 80.

21- Dean, E. (1991). Clinical decision making in management of the late sequelae of poliomyelitis. Phys. Ther., oct., 71 (10) 752 – 761.

22- Devglieger, P. J., and Albrecht, G. L. (2000). Your experience is not my erxperience: the concept and experience of disability

on Chicago's near west side. Journal of Disability Policy Studies, V. 11, N. 1, 51 – 60.

23- Dickinson, C. J. (1997). Chronic fatigue syndrome – aetiological aspects. Eur. J. Clin. Invest., April, 27 (4), 257 – 267.

24- Donald, L. F., et al. (1989). Postpolimoyelitis syndrome: assessment of behavioral fratures. Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology, V. 2, 4, 272 – 281.

25- Dunn, D. S. (1996). Well – being following amputation: Salutary effects of Positive meaning, Optimism and control. Rehabilitation Psychology. V. 41, N. 4, 285 – 302.

26- Frederick, M. M. (1991). The late effects of polio: A model for the identification and assessment of preventable secondary disabilities. International Polio Network, V. 7, N. 3. (on – Line). Available: http://www post – polio. Org.

27- Grimby, F., and Jonsson, A. L. (1994). Disability in poliomyelitis sequelae. Phys. Ther. May, 74 (5), 415 – 424.

28- Hahn, H. (1997). An agenda for citizens with disabilites: pursuning identity and empowerment. Journal of Vocational Rehabilitation, V. 9, N. 1, 31 – 37.

29- Hansson, B., and Ahlstrorm, G. (1999). Coping with chronic illness: A qualitative study of coping with Post polio syndrome. Int. J. Nurs. Stud., June, 36 (3): 255 – 262.

30- Hazendonk, K. M., and Crowe, S. F. (2000). A neuropsychological study of the postpolio syndrome: support for depression without neuropsychological impairment. Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology, April, 13 (2), 112 – 118.

31- Henry Holland (1997). Results of 1997 Post – Polio Syndrome Survey of the Central Virginia Post – Polio Support Group.

(on – line). A vailable: http:// www. skally. net/ppsc/ va. surv. html.

32- Janet, R. Todd (1996). Post – Polio syndrome: A literature review and case report, (on – line). Availbale: http://www. OTPT.

33- Jonsson, A. L., Moller, A., and Grimby, G. (1999). Managing occupations in everyday life to achieve adaptation, American Journal of occupation Therapy, July – August, 53 (4), 353 – 362.

34- Kemp, B. J., Adams, B.M., and Cambell M.L. (1997). Depression and life satifaction in agiong Polio survirors versus aga-matched Controls: relation to Post Polio syndrom, family functioning, and attitude toward disablity. Arch. Phys. Med. Rehabil., feb., 78 (2), 187-192.

35- Kemp, B. J., and Krause, J. S. (1999) Depression and Life satisfaction among people ageing with post polio and spinal cord injury. Disabil. Rehabil., May – June, 21 (5 – 6), 241 – 249.

36- Kessler Institute for Rehabilitation (2000). Post polio sequelae: true answers for friends and family. The Lincolinshire post – polio Network, (on–line). Available:http://www.zynet.co.uk/ ott/ polio/ lincolinshire/ Library/kessler/answers. Html.

37- Kidd, D., et al. (1997). Late funciotnal deterioration following paralytic Poliomyelitis. Q. J. Med., 90 (3); 189 – 196 (on–line). Available: http;//www. OTT./polio/lincolnshire/

38- Kling, C., Persson, A., and Gardulf, A. (2000). The health – related quality of life of patients suffering from the late effects of polio (post – polio), J. Adv. Nurs., July, 32 (1): 164 – 173.

39- Kohl, S. J. (1987). Emotional responeses to the late effects of polimyelitis. Birth Defects, 23 (4), 135 – 143.

40- Le Compte C. M. (1997). Post – polio syndrome: an update for primary health care provider. Nurese Pract., June, 22 (6) 133 – 136,139, 142 – 6 Passim.

41- Lonnberg, F. (1998). Sequelae after polio: A review. Ugeskr Laeger, June, 22, 160 (26): 3904 – 3908.

42- Mary, T. Westbrook (1996). Early memories of having polio: survivors' memories versus the official myths. Paper presented at the First Australian International Post – Polio Conference, "Living with the late affects of post – polio"., Sydney, Nov., 1996. (on–line). Available:

http://www.zynet.co.uk/ott/polio/lincolinshire.

43- Nollet, F., et al. (1999). Disability and functional assessmetn in former polio patients with and without postpolio syndrome. Arch. Phys. Rehabil. Feb., 80 (2): 136 – 143.

44- Nosek, M. A., et al. (1996). Sexual functioning among women with physical disabilites. Arch. Phys. Med. Rehabil., Feb., 77 (2), 107 – 115.

45- Rekand, T., et al (2000). Risk of symptoms related to late effects of poliomyelitis. Acta. Neurological Scandinavica, Mar., 101 (3): 153 – 158. (on–line). Available: http:// www. indiana. eud/~pietsch pps 2001. html.

46- Sandberg, A., Hansson, B., and stalberg, E. (1999). Comparison between concentric needle EMG and macro EMG in patients with a history of Polio. Clin. Neurophysiol., Nov., 110 (11), 1900 – 1908.

47- Siegel, H., et. al. (1999). Physicologic events initiating REM sleep in patients with postpolio syndrome. Neurology, Feb., 52 (3): 516 – 522.

48- Stanghelle, J. K. and Fesvag, L.V. (1997). Five years follow – up of patients with postpoliomyelitis syndrome. Tidsskr Nor Laegeforen, Feb., 10, 117, (4): 504: 507. (on – line). Available: http://www. nin.cbi. Nlm. Nih. gov/

49- Susan, J. Creange, and Bruno, R. L. (1997). Compliance with treatment for post – polio sequelae: effect of type "A" behavior, self – concept and loneliness. American Journal of Physical Medicine and Rehabiltation, 76: 387 – 382.

50- Tate, D. G., et al. (1993). Prevalence and associated features of depression and psychological distress in polio survivors. Arch. Phys. Med. Rehabil., Oct., 74 (10), 1056 – 1060.

51- Tate, D. G., et al.(1994). Coping with the late effects: differences between depressed and nondepressed polio survivors, Am. J. Phys. Med. Rehabil., Feb., 73 (1) 27 – 35.

52- Trojan, D. A., Gendron, D. and Cashman (1993). Anticholinesterase–Responsive neuromuscular junction transm-ission defects in post – poliomyeltis fatigue. J. Neurol. Sci., Feb., 114 (2), 170 – 177.

53- Wenneberg, S., and Ahlstrom, G. (2000). Illness narratives of persons with post – polio syndrome. Journal of Advances Nursing, Feb., 31(2), 354 – 361.

54- Werner, R. A., Waring, W., and Maynard, F. (1992). Osteoarthritis of the hand and wrist in post poliomyelitis population. Arch. Phys. Med. Rehabil., Nov., 73 (11), 1069 – 1072.

55- Widar, M., and Ahlstom, G. (1999). Pain in persons with post polio. The Swedish version of the Multidimensional Pain Inventory (MPI). Scand. J. Caring. Sci., 13 (1) 33 – 44.

56- Wiechers, D. O. (1985) Acute and latent affect of poliomyelitis on the motor unit as revealved by electromyography. Orthopedics, July, 8 (7). 870 – 872.

57- Willen, C., and Grimby, G. (1998). Pain, Physical activity, and disability in individuals with late effects of polio.Arch. Phys. Med. Rehabil., Aug., 79 (8), 915 – 919.

الفصل الخامس

السلوك التكييفي لدى عينات من المكفوفين والصم والمتخلفين عقلياً

مقدمة:

إن دراسة الطفولة (أسويائها ومعوقيها) علمياً تتيح الوقوف على الطفل نفسياً واجتماعياً، وتهيئ وضع أسس سليمة لأساليب الاتصال بهم تعليماً أو تربية أو تثقيفياً، وتحقق الأهداف المبتغاة من هذه العمليات بقدر عال من النجاح. إن الدراسة العلمية للطفولة تعني إخضاع الأطفال لمناهج وأدوات التفكير العلمي وصولاً إلى فهم الطفولة، والتنبؤ بما تؤدي إليه المثيرات المختلفة فيها لإمكان التحكم في أحوال المستقبل وظروفه (هادي نعمان، ١٩٨٨: ١٦).

لقد كانت بداية دراسات الطفولة عام ١٧٨٧ منذ نشر "تيدمان" Tiedman ملاحظاته عن طفولة ابنه ثم تلى ذلك العديد من الأبحاث النفسية عن الطفولة (Dale, 1986: 135) السوية بصفة عامة ثم عن طفولة المعوقين بكل فئاتها بصفة خاصة، وإن كانت بعدها بفترة بعيدة. يقول ميثاقنا الوطني: إن الطفولة هي صانعة المستقبل ومن واجب الأجيال العاملة أن توفر لها كل ما يمكن لها من تحمل مسئولية القيادة بنجاح (مصطفى فهمي، ١٩٧٧ : ٣). هذا الطفل الذي خلقه الله في أبدع صورة ليأخذ دوره في الحياة شاباً ثم شيخاً حسبما كتب له الخالق من العمر، أمانة في أعناقنا منحها لنا الله لنحافظ عليها ونرعاها(زكية حجازي، ١٩٩٤: ١٥١) وهذه الرعاية لن تعود على الأطفال فقط، بل على المجتمع ككل على المدى البعيد باعتبار أن التكوين السوي للفرد هو استثمار في البناء البشري (عادل عبد الله، ١٩٩٩: ١٣).

لقد حددت "تينا بروس" عشرة مبادئ تراها بمثابة حجر الزاوية لتعليم الطفل في مراحل حياته الأولى نذكر منها:

١- ينظر إلى الطفولة كحقيقة واقعية في حد ذاتها، وهي جزء من الحياة وليس مجرد إعداد للرشد، وعلى ذلك فتعليم الطفولة ينظر إليه بنفس الطريقة على أنه شيء للحاضر وليس فقط كإعداد أو تدريب لما هو بعد ذلك.

٢- الطفل ككل له الأهمية القصوى وينبغي التأكيد على الصحة الجسمية والنفسية وعلى المشاعر والأفكار والجوانب الروحية (تينا بروس، ١٩٩٢: ١٩).

لقد أوضح العالم الروسي "تور Tur" ذلك حين أشار في تساؤل عما هو أهم شيء في الحياة؟ إنهم الأطفال، ليس فقط في حياة المرأة (يقصد الأم) بل في حياة أي مجتمع وأي دولة، إنهم يمثلون المستقبل ولا يمكن أن يكون هناك مستقبل بدون حاضر وهم الحاضر. إن الفرح والسعادة والمستقبل في حياة كل أسرة مرتبط بالأطفال، إن أعظم سعادة للأم هي أن تعرف أن طفلها بصحة جيدة وسعيد وراضي، وينمو بشكل طبيعي سواء من الناحية الفيزيقية أو من الناحية العقلية، ومن ناحية أخرى فإن قمة الحزن تعتري الأم إذا كان طفلها يعاني نسبياً من علة جسدية أو مرض مزمن، أو كان هذا الطفل معوقاً فيزيقياً أو عقلياً (Tur, 1968: 6 - 9). إن المعوقين (فيزيقياً أو عقلياً) أو ما نسميهم الآن بأصحاب أو ذوي الاحتياجات الخاصة يمثلون حسب تقرير منظمة الصحة العالمية الأخير على مستوى العالم بنسبة ٨٢ مليون طفل وطفلة (حسب تقدير عام ١٩٩٥، ولا شك أنه قد زاد الآن) وأن ٧٥% من ذوي الاحتياجات الخاصة يعيشون في البلاد النامية، و ٢٥% منهم ترجع إعاقتهم إلى أسباب وراثية. والمعوقون كلمة تتضمن المتخلفين عقلياً، والصم، والمكفوفين، والمعاقين فيزيقياً. وفي مصر عموماً تتباين نسبة المعاقين من الناحية الإحصائية، فهم مثلاً يقدرون بنسبة ١,٥٢% من جملة

عدد سكان مصر وبنسبة ٧,١١% من قبل المركز القومي للأمومة والطفولة، وبنسبة ١١,٨% لدى مؤسسة شلل الأطفال وهكذا. (Safwat Farag, 1995: 168) ورغم هذا التصنيف السابق لذوي الاحتياجات الخاصة، فهناك من يوسع دائرة المعوقين لتشمل الذين تنطوي شخصياتهم على سمات وخصائص قد تعمل على إعاقة تفاعلهم وتوافقهم على نحو صحي سليم، كما قد تحول بينهم وبين المساهمة الإيجابية في الحياة، من هؤلاء:

١- المجرمون والأحداث والمنحرفون والبغايا.

٢- المضطربون نفسياً وعقلياً (من غير المتخلفين عقلياً).

٣- الأطفال المضطربون انفعالياً: وهي تتضمن الأطفال الفاشلين في التكيف من الناحية الاجتماعية والذين تصدعت حياتهم العائلية أو الذين لديهم اضطراب النمو أو في حياتهم الاقتصادية أو الاجتماعية أو الدينية أو السلالية.

٤- الأطفال المصابون بمعوقات في جوانب متعددة: وهم الأطفال المصابون بأكثر من عائق في الوقت الواحد، مثل الأطفال أصحاب التخلف العقلي أو الاضطراب الوجداني المصاحب لعلل جسمية أخرى (كلير فهيم، ١٩٨٢: ١٩، كروكشانك، ١٩٧٠: ٩).

إن ذوي الاحتياجات الخاصة يمثلون ظاهرة ذات أبعاد اجتماعية ونفسية وتربوية واقتصادية.....إلخ، فبعد أن كانوا كماً مهملاً لا قيمة له، وبعد أن كانوا محل سخرية واستهزاء، ومواداً للترفيه والتسلية، وكانوا يأتون في ذيل قائمة البشر، صاروا اليوم محل اهتمام ورعاية وعطف وحنان، وكثير منهم صار يلقى نظرات الاحترام والإعجاب والتقدير أينما ذهبوا. فها هو عالم ذوي الاحتياجات الخاصة يفخر بأن يكون الرئيس رقم (٣١) لأمريكا وهو

"فرانكلين روزفلت" من أحد هؤلاء البشر الذين وقعوا ضحية شلل الأطفال حيث أعجزه وكان مقعداً تماماً، ومع ذلك فإن ما حققه جعله أهلاً للفوز بمقعد الرئاسة حيث تم انتخابه (٣) مرات. و"بيتهوفن" عبقري الفن والموسيقى كان أصم يعيش في عالم الصمت والسكون المطبق ورغم ذلك أمتع العالم وأعطاهم أبدع ألحانه، ومنهم "هوميروس" الكفيف صاحب الإلياذة، و"طه حسين" عميد الأدب العربي الذي عين وزيراً للمعارف وهو كفيف وجعل التعليم مجاناً كالماء والهواء وكان من أول من حصل على درجة الدكتوراه من فئته، وأخيراً وليس بآخر الصماء البكماء العمياء المعجزة "هيلين كيلر" التي لم تقف إعاقتها حاجزاً أمامها فصارت بإرادتها مثلاً يحتذى به (منال منصور، ١٩٨٣: ١٤ - ١٥).

إن الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة أدى إلى إعلان الأمم المتحدة عام (١٩٨١) عاماً دولياً لذوي الاحتياجات الخاصة مما جعل الدول والمؤسسات والهيئات الحكومية والجمعيات الأهلية تسارع إلى تقديم الخدمات والرعاية لهم وإجراء البحوث للتعرف إلى احتياجاتهم ومتطلباتهم وإعدادهم بما يناسب قدرات كل فئة منهم لأداء أدوارهم في مجتمعاتهم وتعريفهم بحقوقهم وما عليهم وتوفير فرص عمل مناسبة لهم. وبما أن الأبحاث تجرى بغرض مساعدتهم بما يناسب قدراتهم وإمكاناتهم، يأتي هذا البحث الحالي الذي لم يقتصر في معالجاته على إعاقة واحدة، بل امتد ليشمل معظم الإعاقات المعروفة في مصر وغيرها وهي (المكفوفين، والصم والمتخلفين عقلياً) ولعلها أول دراسة - حسب حدود عِلم الباحث - تتناول تلك الفئات معاً كي تدرس سلوكهم التكيفي فتتعرف إلى ما يتطلب تنمية أو تدريباً أو تأهيلاً، كما تحاول أن تتعرف إلى انحرافاتهم السلوكية بغرض تحليل أساليبها، مع إمكانية

مواجهتها على الوجه الأكمل وصولاً بذوي الاحتياجات الخاصة في النهاية إلى بر الأمان.

مشكلة البحث:

تعتبر مشكلة ذوي الاحتياجات الخاصة مشكلة اجتماعية واقتصادية لها تأثير بالغ سواء عليهم أنفسهم أو على ذويهم أو على آبائهم والمحيطين بهم من الأهل والأقارب. إنهم يأتون بأنواع معينة من السلوك يفسر معظمها تفسير خاطئ حتى من أقرب المقربين إليهم، فالأصم يميل إلى العزلة، ورفض الذات والخجل والشك والخوف والاعتمادية والشعور بالنقص وعدم الأمان وعدم الاتزان الانفعالي (Leving, 1981: 28) لذا نراه لا يشارك أقرانه أنشطتهم الاجتماعية ولا يتفاعل معهم، إنه يفقد القدرة على الاتصال بهم، يتروى بعيداً، واللغة التي فقدها حرمته من الكثير والكثير، وأهم ما حرمته منه عدم اكتمال شخصيته وبناؤها مثله مثل غيره ممن لم يحرموا من حاسة السمع، إنهم يفقدون الكثير من المعارف وهذا له تأثير بالغ الأهمية على بناء نموهم النفسي والاجتماعي بل والذهني أيضاً، والانزواء قد يؤدي إلى الانطواء وحب العزلة والإحجام عن مشاركة أفراد المجتمع في تفاعلهم مع البيئة، وقد يؤدي هذا لأفعال سلوكية غير مرغوبة مثل التمرد والانسحاب وبعض السلوكيات اللااجتماعية.

وإذا كانت بعض مظاهر السلوك غير التكيفي ممثلة في: السلوك الانسحابي الذي يجعل الفرد يميل للعزلة والانطواء والشعور بالنقص مع الافتقار إلى مهارات الاتصال بالآخرين واللعب معهم والتحدث إليهم، وكذلك السلوك العنيف أو العدواني والذي له مظاهر ثلاثة هي: العدوان اللفظي البدني على الآخرين والعدوان المادي كالتدمير والإتلاف وسلب ممتلكات الغير، وأخيراً سلوك النشاط الحركي المفرط فهو لا يجلس كثيراً وليس هادئاً

دائماً وإنما يتلوى في مكانه، وأخيراً السلوك المتمرد كأن يفقد أعصابه بسهولة، ويغضب كثيرا ويرفض ما حوله ويضايق الآخرين ويرفض أوامر الكبار - إذا كانت هذه بعض مظاهر السلوك غير التكيفي - فإن المتخلفين عقلياً يتمتعون بالكثير من هذه المظاهر التي تؤثر بطبيعتها على سلوكهم الاجتماعي مع المجتمع (سهى أمين، ١٩٩٩: ٦١ - ٦٣).

إن عدم الدراية والفهم الكامل والوعي لكل ما يتعلق بهذا النوع من السلوك الصادر عنهم قد يؤدي إلى الإساءة لهم جسدياً أو نفسياً على اعتبار أنهم لا يفهمون ولا يعون الأوامر الصادرة إليهم. إن الطفل المعاق عقلياً يستطيع أن يتعلم ولكنه يحتاج إلى أساليب خاصة تتمثل في أساليب تعديل السلوك وهي طرق تهدف إلى تعديل السلوك الملحوظ للطفل أكثر مما تهدف إلى تعديل تفكيره (مليكه: ١٩٩٨، ٣). وأخيراً نأتي إلى المعاقين بصرياً وهم أكثر فئات ذوي الاحتياجات الخاصة الذي شملتهم البحوث والتي اتفقت في معظمها على أن لهم خصائص سلوكية عديدة نجملها فيما يلي:

١- خصائص أكاديمية منها: بطء معدل سرعة القراءة.

٢- خصائص عقلية منها: أنهم متوسطو الذكاء.

٣- خصائص مرتبطة باللغة والكلام منها: أنهم يعانون من بعض اضطرابات الكلام.

٤- خصائص حركية: فهم محدودي الحركة.

٥- خصائص اجتماعية وانفعالية: فهم يعانون من انخفاض مفهوم الذات، سلوكهم عصابي، يميلون للخضوع والتبعية، والانطواء، غير متوافقين اجتماعياً، وهم غير عدوانيين بصفة عامة، غير أن سلوكهم عندما يكون عدوانياً يكون موجهاً ضد الذات، يميلون للغضب بسبب إعاقتهم (كمال

سالم، ١٩٩٧: ٥٥ - ٨١) كما أشار دودس Dodds إلى أنهم يتسمون بالروح الانهزامية وعدم الكفاءة، والإحساس بعدم القيمة، ويميلون للتخلص من الحياة بالانتحار، كما أنهم يفقدون الثقة في قدراتهم على تغيير الأشياء للأفضل (Dodds, 1993: 15).

وأخيراً فإن السلوك التكيفي أو اللاتكيفي لذوي الاحتياجات الخاصة لا ينبغي أن يفسر إلا في إطاره الكامل وما خلفه وما دفع ذا الحاجة الخاصة إلى الإتيان به، يجب أن يُنظر إلى الجانب النفسي الخفي خلف السلوك والذي لا يعلم حقيقته حقاً سوى ذوي الاحتياجات الخاصة، إننا عندما نفسر سلوك المعوق لا ينبغي أن نغفل تأثير الإعاقة على نفسه، وأحاسيسه ومشاعره، وتأثيرها على علاقته بأقرانه الأسوياء، إنهم يتألمون وقد لا يصرحون وعلينا إدراك ذلك.

مما سبق تنبثق مشكلة البحث لترصد نوعين من أنواع السلوك لدى العينات الثلاثة، الأول: السلوكيات التي يجب تدعيمها وتطويرها بل وتنميتها مثل السلوك الاستقلالي والنشاط الاقتصادي........إلخ. والثاني: السلوكيات التي تندرج ضمن أنواع السلوك غير التكيفي أو ما نسميها بالانحرافات السلوكية مثل: سلوك إيذاء الذات والسلوك غير المؤتمن وغير ذلك. هذه السلوكيات يحاول البحث الحالي الوقوف إليها لدى كل فئة على حدة من ذوي الاحتياجات الخاصة مع مقارنتها بالفئتين الأخريين بهدف لفت الأنظار إليها والوقوف على أسبابها ومحاولة علاجها سواء من قبل المتخصصين في مجال العلوم الاجتماعية والنفسية أو من قبل الوالدين حتى نتمكن في النهاية من إعداد أفراداً صالحين للحياة في المجتمع وحتى نوفر لهم سبل حياة كريمة.

أهداف البحث:

ترتبط مشكلة البحث بالأهداف التي يسعى البحث إلى تحقيقها، حيث نجد أن الهدف الأساسي للبحث الحالي أنه يتناول - في قسمه الأول - بشكل تفصيلي ومتكامل قطاعات السلوك العريضة لدى ثلاث عينات من ذوي الاحتياجات الخاصة وهم المكفوفين والصم والمتخلفين عقلياً، والتي يمكن من خلالها إتاحة أكبر قدر من الفهم للحالة الفردية التي تتطلب تنمية أو تدريباً أو تأهيلاً، وهو ما يقع عبئه كاملاً على كاهل المسئولين القائمين على رعاية تلك الفئات خصوصاً المتخصصين منهم في مجال العلوم الاجتماعية والنفسية، وأيضاً الوالدين وكل من يشرف على العناية بهم ورعايتهم. كما يتناول البحث - في قسمه الثاني - السلوكيات غير التكيفية أو الانحرافات السلوكية بغرض تحليل أساليبها، وبحيث يستطيع الأخصائي الإكلينيكي أن يبدأ منها باعتبارها أساساً مناسباً للتشخيص، وبحيث يستطيع الأخصائيون النفسيون والاجتماعيون والوالدان وغيرهم الوقوف إلى أهم تلك الانحرافات السلوكية التي تميز كل عينة من عينات البحث، فيسعون نحو تعديلها وتقويمها من منظور أن:

١- تنجم حالة الطفل المعوق عن عوامل هي بوجه عام خارجة عن مجال الممارسات التربوية للطفل.

٢- أن أطفال عينات البحث الثلاثة ذوي الاحتياجات الخاصة صالحون للتعلم، وأنهم يتصرفون ويعملون ما نراه بفعل قوى فوق إدراكهم وتحكمهم.

٣- أن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إذا تمتعوا بالاهتمام السليم، سوف يكون لديهم الطاقة والاقتدار على التطور الطبيعي والإنجاز التعليمي الناجح.

٤- إن حالـة الأطفـال ذوي الاحتـياجات الخاصـة الصـالحين للـتعلم خاضـعة للعـلاج والتوجيه المتخصـص. ويمـيط هـذا الافـتراض اللـثام عن حقـيقة مؤداهـا أن حالـة الأطفـال (ذوي الاحتـياجات الخاصـة) قابلـة للعـلاج وأن هـناك أشخاصـاً لديهـم معـرفة ومهـارة لتحقـيق مـثل هـذه النـتائج (بـيل جيرهارت، ١٩٩٦: ١٩).

٥- أن مد يـد العون لذوي الاحتياجات الخاصـة أمر حتمـي ملزم لكل من لـه صلة بهم، فهم بشر أولاً وأخيراً، وأحرى بنا أن نفعل ذلك حتى نعدهم الإعداد الصحي والنفسي السليم، وحتى يكونوا أعضاء فعالين في بيئاتهم ومجتمعاتهم وحتى ننحو بهم نحو السواء النفسي والانفعالي والاجتماعي وغير ذلك.

أهمية البحث:

تكمـن أهمـية البحـث فـي أهمـية الجانـب الـذي يتصدى لدراسته حيث أنه يتـناول مجـالاً من المجـالات التـي لـم تلـق الاهتمام الكافـي مـن جانـب الباحثـين السيكولوجيين أو الاجتماعيين أو التربويين وغيرهم، ألا وهو دراسة السلوك التكيفـي وغير التكيفـي لـدى ذوي الاحتياجات الخاصـة من المكفوفين والصم والمتخلفين عقلياً.

إنـه يتنـاول مسحاً ارتقائياً متدرجاً في تتابع دقيق لعشرة جوانب رئيسية للشخصـية هـي: السـلوك الاسـتقلالي، والـنمو البدنـي (الحسـي والحركـي)، والنشـاط الاقتصـادي، وارتقاء اللغة واستخداماتها، واستخدام الأرقام والوقت، والأنشـطة المنزلـية، والأنشـطة المهنـية، والتوجيـه الذاتـي (كـروح المبـادرة)، وتحمـل المسـئولية والإحسـاس بهـا، وأخـيراً التنشـئة الاجتماعـية، كمـا أنـه يـتعرض لدراسـة السـلوك التكيفـي المـتعلق بالشخصـية واضـطرابات السـلوك

فيتناول أربعة عشر مجالاً سلوكياً هي: العنف والسلوك التدميري، والسلوك غير الاجتماعي، والسلوك المتمرد، والسلوك غير المؤتمن، والانسحاب، والسلوك النمطي والتصرفات الشاذة، والسلوك الاجتماعي غير المناسب، والعادات الصوتية غير المقبولة، والعادات الغريبة، وسلوك إيذاء الذات، والميل للنشاط الزائد، والسلوك الجنسي الشاذ والاضطرابات النفسية، والاستخدام السيئ للعلاج أو العقاقير (صفوت فرج وناهد رمزي، ١٩٩٠: ٤). وإن كان الأخير ليس مجالاً سلوكياً لكنه يوفر معلومات عن السلوك التكيفي للشخص مع العالم الخارجي.

إن بعض الدراسات العربية والأجنبية التي أمكن للباحث الحصول عليها، لم تتناول سوى نوع واحد من السلوك كالعدوان والسلوك الفوضوي أو دراسة أنماط السلوك التكيفي وغير التكيفي، وقد كانت كل هذه الدراسات تجرى على عينة أو عينتين من ذوي الاحتياجات الخاصة كالمتخلفين عقلياً أو الصم، ومن هنا تأتي أهمية أخرى للبحث حيث أنه يتناول دراسة السلوك السوي واللاسوي (التكيفي وغير التكيفي) لدى ثلاث عينات معاً من ذوي الاحتياجات الخاصة. والبحث بهذا يكون - حسب حدود علم الباحث وحسب ما حصل عليه من دراسات سابقة - من الأبحاث النادرة القليلة إن لم يكن الوحيد في هذا المضمار.

وثمة أهمية أخرى للبحث هو أنه يسعى لدراسة الفروق بين عينات البحث الثلاثة في أنماط السلوك التكيفي وغير التكيفي وهو ما لم تتناوله أية دراسات سابقة من قبل. وأخيراً فهناك أهمية أخرى للدراسة تتمثل في توفير قدر من المعلومات والبيانات عن أنماط السلوك السوي واللاسوي كما يراها المتخصصون النفسيون والاجتماعيون والآباء لدى ذوي الاحتياجات الخاصة والتي يمكن أن تشكل إطاراً عاماً يرشد كل من ليس له خبرة أو دراية من

القائمين على رعاية تلك الفئات أو من سيحتم عليهم أن يفعلوا ذلك إذا تعاملوا مع ذوي الاحتياجات الخاصة سواء من المتخصصين أو الوالدين أو غيرهم.

إن التعرف على أنماط السلوك التكيفي وغير التكيفي لدى ذوي الاحتياجات الخاصة سيكون بمثابة إرشاد وتبصير ينتج عنه في النهاية تنشئة سلوكية وتعليمية واجتماعية ونفسية وانفعالية سليمة لهم، وبما يكفل لهم أيضاً أن يكونوا أفراداً منتجين سعداء، يحققون ذواتهم، كل وفقاً لما هو ميسر له، ولعل هذا يسمح لمحو أو طمس معالم الفجوة النفسية لديهم إذا ما قارنوا بين أنفسهم وبين ذويهم من الأسوياء.

مفاهيم البحث ومصطلحاته:

١ـ السلوك التكيفي Adaptive Behavior:

تعبير السلوك التكيفي قدمته وعرفته جمعية التخلف العقلي الأمريكي بأنه يشير أساساً إلى فعالية الفرد في التعامل مع المطالب الطبيعية والاجتماعية لمجتمعه (صفوت فرج وناهد رمزي، ١٩٩٠: ٨).

٢ـ المعاق Disabled:

شخص مصاب بعاهة جسمية أو حسية أو حالة عجز أو ضعف تقعده عن الاستمرار في عمله أو نشاطه المعتاد، أو تجعله أصلاً غير قادر على ممارسة ما يمارسه الأسوياء (فرج عبد القادر طه وآخرون، ١٩٩٣: ٤٦٦).

ونفس هذا المعنى تقريباً يؤخذ به في مصر مع الإشارة إلى الإعاقة التي ترجع لأسباب وراثية حيث يعرف المعاق وفقاً للمادة رقم ٣٩ لسنة ١٩٥٧ بأنه: "الشخص الذي لا يمكنه الاعتماد على نفسه في ممارسة مهنة أو الاستمرار في أداء وظيفة بشكل دائم لأسباب قد تكون ناشئة عن إعاقة

فيزيقية (بدنية) أو عقلية أو حسية أو إعاقة خلقية تحدث للفرد منذ الميلاد.
(Safwat Farag, 1995: 168)

٣- المعوقون Handicapped or Handicapés:

الأولى المعوقون Handicapés تطلق على الأفراد المحرومين أو المخسرين الذين لديهم نقص في الأبصار (معوقون بصريون) أو السمع (معوقون صم) أو التحرك (معوقو حركة)....إلخ، والثانية Handicapped تطلق على الذين لديهم أقل من القدرة العادية أو السليمة أو الذين بهم عيب تشريحي أو وظيفي يجعل من الصعب على الواحد منهم أن يتنافس مع أقرانه، بالمفرد: شخص لديه أقل من الاستعداد السوي في أداء مهام الحياة العادية، أو في القيام (بمتطلبات) مهنة أو ترويح. والإشارة عموماً هي للشخص المعوق جسمياً أي الذي به نقص تشريحي فيزيولوجي معين (ضعف السمع والبصر، شلل تشنجي إرادي......إلخ) لكنه قد يصدق أيضاً على ناقص العقل Mentally Deficient (كمال دسوقي، ١٩٨٨: ٦٢٤).

٤- التخلف العقلي Mental Retardation:

بداية نذكر أن أول تعريف وضع للضعف العقلي كان سنة ١٩٢٧، وقد كان هذا لأغراض إكلينيكية وقانونية في هذا الوقت. وقد عرف الضعف العقلي على النحو التالي: هو توقف العقل عن النمو توقفاً كاملاً قبل أن يكمل الفرد عامه الثامن عشر، سواء أكان هذا التوقف ناشئاً عن أسباب فطرية (وراثية)، أم كان ناشئاً عن أسباب مرضية أم بسبب إصابة عضوية أصابت الفرد (Tredgold, 1964: 1). هذا التعريف لم يستمر طويلاً حيث شابه الكثير من نواحي النقص والعمومية، مما أدى إلى تنوع التعريفات التي نجملها فيما يلي:

أ- ليس الضعف العقلي مرضاً لـه ميكروب كمرض السل أو حمى التيفود مثلاً، إنما هو شذوذ أو انحراف يتميز بالنقص في القدرة العقلية ويختلف في درجته من فرد لفرد ويتميز المصاب بأنه مقبوض على نموه العقلي الذي يقف عند حد محدود لا يتعداه، ويظل ثابتاً منذ الطفولة وحتى الكبر (سعد جلال، ١٩٨٥: ٦٥٤).

ب- المتخلف عقلياً هو من نقصت نسبة ذكائه عن ٧٠ درجة وكان يعاني من صعوبة في التكيف في حياته اليومية، أو هو من يحصل على نسبة ذكاء أقل من المتوسط على اختبارات الذكاء (كروكشانك، ١٩٧٠: ٦) (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٣: ٢٩٣، كلير فهيم، ١٩٨٢: ٢٤ ,Engle (1974: 166, John Allen, 1993: 125).

جـ- تعريفات تسمى التخلف العقلي بما يسمى التقسيم الاجتماعي للتخلف العقلي والذي يقسم التخلف العقلي إلى ٣ فئات هي: المعتوه والأبله وضعيف العقل (Tredgold, 1964: 2, Denis Leigh, 1982: 237).

د- التخلف العقلي أو الضعف العقلي أو التأخر العقلي أو القصور العقلي مصطلح أو لفظ عام يطلق على جميع الأفراد الذين يملكون مستوى معين من النمو العقلي يجعلهم عاجزين كالأطفال عن الاستفادة والانتفاع من النمط العادي للتربية المدرسية، وغير قادرين في مرحلة الرشد والمراهقة عن تدبير أنفسهم وشؤونهم إلا في أبسط البيئات وأقلها تعقيداً (أسعد رزوق، ١٩٧٩: ٢٥٣، ملاك جرجس، ١٩٨٧: ٢٠٩). والتخلف كمصطلح عام يمكن أن يشمل التأخر الدراسي سواء أكان طفيفاً أم حاداً ولا يفترض أسباباً لهذا التخلف (ن. أوكونر، ١٩٧٢: ٣٧٥). وأخيراً نختتم التعريفات السابقة بأهم ثلاث تعريفات عرفت التخلف العقلي:

أولاً: تعريف منظمة الصحة العالمية: هو حالة من توقف نمو العقل يصحبه قصور في المهارات والتي تظهر في خلال فترة النمو. والتخلف قد يحدث دون أن يصحبه أي اختلاف عقلي أو بدني. والمتخلف العقلي يعاني من قصور في سلوكه التوافقي أو التكيفي. ويتفق هذا التعريف مع تعريف باروف Barrof الذي أضاف بأنه نقص له دلالة وهذا النقص يحدث في الوظيفة العقلية. (W.H.O, 1992: 884, Barrof, 1978: 16).

ثانياً- يعرف قانون الصحة العقلية التخلف العقلي بأنه: حالة من توقف ارتقاء العقل أو عدم اكتماله (بدرجة قد لا تصل إلى حد الضعف العقلي الشديد) مما يتضمن ضعف الذكاء، بدرجة يتطلب معها المريض أو يحتمل أن يتطلب معها العلاج الطبي أو أي رعاية أخرى أو تدريب (كلارك، ١٩٨٣ : ٥).

ثالثاً- تعريف جمعية التخلف العقلي الأمريكية: يشير التخلف العقلي إلى آفات أساسية في جوانب معينة من الكفاءة الشخصية تظهر من خلال أداء دون المتوسط للقدرات العقلية، مصحوبة بآفات المهارات التوافقية في واحد أو أكثر من المجالات الآتية: الاتصال، العناية بالنفس، المهارات الاجتماعية، الأداء الأكاديمي، المهارات العملية، قضاء وقت الفراغ، الإفادة من المجتمع، التوجه الذاتي، العمل، المعيشة الاستقلالية، وغالباً ما تكون الآفات التوافقية مصحوبة بمهارات توافقية أخرى، أو مجالات أخرى للكفاءة الشخصية، ويتعين أن تكون آفات المهارات الاجتماعية التوافقية محددة في سياق بيئة اجتماعية كتلك التي يعيش فيها أقران الفرد ممن هم في عمره بحيث يكون مؤشراً لاحتياجات الشخص الضرورية للعون، هذا ويبدأ التخلف قبل سن الثامنة عشر من العمر، غير أنه قد لا يظل على امتداد الحياة، ومن خلال توافر الخدمات المناسبة

على مدى زمني كافي يتحسن الأداء الشامل للشخص ذي التخلف العقلي بصفة عامة. ويتضمن التعريف الأخير تطوراً ملحوظاً، فمن ناحية أصبحت الأولوية للسلوك التكيفي لا للذكاء سواء أكان السلوك التكيفي أو الكفاءة الشخصية محكومة بمستوى الذكاء أم لا (صفوت فرج، ١٩٩٢: ٤٢٠).

٥ ـ كف البصر Blindness:

هو عدم القدرة على الأبصار، الحصول على أقل من ٢٠/٢٠٠ في النظر المعدل. أو هو حالة كون المرء لا يستطيع أن يرى، أو لا يمكنه الرؤية بالقدر الكافي لاستخدام البصر في أمور النظر العادية. يعرف عادة بأنه ما يقل عن عشرين على مائتين حدة بصر في العين الأقوى بعد التعديل أو بأنه ضيق المجال البصري بحيث لا يسمح بأكثر من مسافة زاوية angular distance والكفيف Blind بهذا الوصف هو المحروم من حدة البصر Visual Acuity، وهو ما لديه أقل من ٢٠/٢٠٠ في العين الأقوى بعد تحسينها، غير القادر على قراءة المادة المطبوعة حتى بمساعدة النظارات (كمال دسوقي، ١٩٨٨: ١٨٧ ـ ١٨٨). هذا والإعاقة البصرية يمكن تصنيفها في أربعة أنواع رئيسية هي: كف البصر الكلي، وكف البصر القانوني، وضعف الإبصار، والمشاكل البصرية الأخرى مثل عمى الألوان وقصر النظر وطوله والحول (كمال سالم، ١٩٩٧: ١٨).

٦ـ الصمم وضعف السمع Deafness and hearing defect:

ليس الفرق بين الأصم وضعيف السمع هو في الدرجة، ذلك لأن الأصم هو ذلك الشخص الذي يتعذر عليه أن يستجيب استجابة تدل على فهم الكلام المسموع، بينما الذي يشكو ضعفاً في سمعه يستطيع أن يستجيب للكلام

استجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله، بشرط أن يقع مصدر الصوت في حدود قدرته السمعية (مصطفى فهمي، ١٩٧٦: ١٠٩) إن حاسة السمع تلعب دوراً حيوياً في عملية الاتصال وبدونها لا يتطور الكلام ولا يمكن للمعاق سمعياً أن يجمع معلومات من البيئة التي يعيش فيها، (René, 1989: 167) ولأهمية السمع فلابد من الكشف عنه مبكراً وبأسرع ما يمكن حيث أنه يؤدي إلى تأخر الطفل في الكلام ويفقد القدرة على تطور اللغة وهذا يسهم في مشاكل أكاديمية واجتماعية وانفعالية (Gerson, 1997: 3).

٧- الصمم Deafness:

قدرة محدودة على سماع الأصوات خلال المدى العادي للسمع، فإذا كان ثمة طرش للتذبذبات العالية فقط في الكلام العادي نكون بإزاء صمم التردد المرتفع high frequency deafness، وقد يكون الصمم عضوياً - أي راجعاً لمرض أو نقص تركيبي - أو وظيفي. والصمم اللحائي Cortical أو صمم الذهن هو المترتب على عيب أو آفة ما في المركز اللحائي للسمع. هو العجز الجزئي أو التام عن السماع. فالصمم كمصطلح يعني العجز عن سماع كل الأصوات بصرف النظر عن ضجيجها. والصمم كمصطلح أيضاً يعني العجز عن السماع حتى بمعونة جهازيه سمعية تكفي لأغراض الحياة العادية. (كمال دسوقي، ١٩٨٨: ٣٤٧) كذلك يمكن تعريف الصمم بشكل موجز على النحو التالي: هو فقد حاسة السمع تماماً لأسباب وراثية أو مكتسبة سواء منذ الولادة أو بعدها. (محمد عبد المؤمن، ١٩٨٦: ٦٧). وبناءً على ما سبق يمكن إجمال تعريف الأصم في النقاط التالية:

أ- هو من ذهب سمعه ويقال في اللغة صَمَّ صَمَمًا: ذهب سمعه، ويقال صَمَتْ أذنه: سدت.

ب- من حرم من حاسة السمع منذ الولادة ويكون مضطراً لاستخدام لغة الإشارة.

جـ- من فقد حاسة السمع في مرحلة الطفولة المبكرة (بعد الولادة) قبل تكوين الكلام (منال منصور، ١٩٨٣: ٩٠، معجم اللغة العربية، ١٩٨٠: ٣٧٠، عبد العزيز الشخص، ١٩٨٥: ٣٣٥).

الدراسات السابقة:

نظراً لندرة الدراسات السابقة التي تناولت دراسة السلوك التكيفي وغير التكيفي معاً لدى ذوي الاحتياجات الخاصة التي تناولها البحث الحالي، فقد جمع الباحث كل ما أمكن جمعه لدى كل عينة على حدة وفيما يلي عرض لتلك الدراسات:

أ - الدراسات التي أجريت على المكفوفين:

أسفرت دراسة محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٧٤) والتي قام بها لدراسة الفروق بين المبصرين والمكفوفين في الحاجات النفسية الظاهرة والكامنة عن أن المكفوفين أكثر خضوعاً وأكثر استقلالاً بالنسبة للحاجات الظاهرة، كما أن متوسط درجاتهم كان أعلى من المبصرين في الحاجة إلى لوم الذات والاستنجاد والجنسية المثلية بالنسبة للحاجات الكامنة. وباستخدام منهجين من مناهج البحث في علم النفس هما: المنهج التجريبي والمنهج الإكلينيكي، وعلى عينتين من المراهقات والكفيفات بغرض دراسة الفروق في مستوى القلق وجدت سامية القطان (١٩٧٤) أن الكفيفات أكثر قلقاً، غير أنه مما يلفت النظر في الدراسة الإكلينيكية أن الباحثة وجدت أن ارتفاع مستوى القلق أو انخفاضه يرتبط بالاستسلام والخضوع للإعاقة وبالتالي سوء التوافق والذي يحدد هذا هو الكفيفة ذاتها، فإذا كانت ترفض الإعاقة ارتفع القلق

والعكس صحيح. وفي دراسة مورجان وليونج (١٩٨٠) Morgan and Leung عن أثر ما يسمى بالتدريب التوكيدي assertion training على قبول الإعاقة وعلى عينة قوامها ١٤ كفيفاً وجد أن المكفوفين يتقبلون إعاقتهم بعد فترة من التدريب وترتفع لديهم درجة مهارات التفاعل الاجتماعي. أما دراسة سيد صبحي (١٩٨٥) فقد أثبتت أن الكفيف يكون أكثر إنتاجاً إذا أتحنا له قدراً من التفاعل مع ذويه وبالشكل الذي يمكنه من إثبات ذاته.

وفي دراسة فيوليت إبراهيم (١٩٨٦) عن الفروق بين فئتين من فئات المعوقين هما المكفوفين والمعاقين حركياً تبين لها أن المكفوفين يشعرون بالدونية وينخفض لديهم مفهوم الذات ويميلون إلى الإنفراد وهم أيضاً لا يخلون من الأمراض العصابية، ومهاراتهم الاجتماعية ضعيفة، وهم غير متحررين من الميول المضادة للمجتمع وتكيفهم الشخصي والاجتماعي أقل من ذويهم من أصحاب الإعاقة الحركية. وفي دراسة أحلام حسن (١٩٩٠) عن المشكلات التي يعاني منها المكفوفون وجدت أن المشكلات التي يعاني منها المكفوفين يمكن تقسيمها إلى:

(١) مشكلات شخصية: فهم يشعرون بالعزلة والغربة والإحباط والاكتئاب والشعور بالنبذ.

(٢) مشكلات تعليمية: تتمثل في تدني المستوى التحصيلي لهم.

(٣) مشكلات اجتماعية: تتمثل في شعورهم بعدم اعتراف المجتمع بقدراتهم وأنهم غير مرغوب فيهم.

وفي دراسة رياض المنشاوي وحمدي عبد الكريم (١٩٩٥) تبين لهم أن الكفيف انطوائي، يفضل العزلة، لا يمكنه العيش بمفرده أي أن سلوكه غير

استقلالي، وقد كانت الدراسة على عينات ثلاثة: الأولى: أطفال عاديون، والثانية: مكفوفون، والثالثة: معوقون حركياً. وباستخدام فنية التعلم بالنمذجة وعلى عينة قوامها (٥٠) طفلة من الكفيفات انتقت منهن سهام علي (١٩٩٧) عشرين طفلة كفيفة لغرض البرنامج الإرشادي، وقد توصلت إلى أن الكفيف، وهو المعروف عنه أصلاً أنه انطوائي يمكن إزالة هذا الشعور لديه إذا ما تعرض لبرنامج إرشادي منظم. أما دراسة محمد عبد التواب (١٩٩٨) والتي كانت بعنوان "أثر الإرشاد بالمعنى في خفض خواء المعنى" (والذي يقصد به الإحساس بالفراغ وعدم القيمة وعدم تحمل المسئولية) لدى عينة من المكفوفين، وباستخدام البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى لفرانكل، وجد أن الإرشاد ساهم في تعديل سلوك المسترشدين من المكفوفين من خلال تغيير نظرتهم للحياة وأنفسهم وأهمية وجودهم فيها. وفي دراسة أخرى مماثلة هدفها خفض الشعور باليأس لدى المكفوفين وجد في دراسة سيد عبد العظيم (١٩٩٨) التي وضعت برنامجاً إرشادياً وهو البرنامج القائم على مبادئ وفنيات ونظرية العلاج المعرفي لبيك، أن الشعور باليأس تنخفض درجته إذا ما وفرنا للمكفوف برنامجاً إرشادياً يحول بينه وبين الشعور باليأس.

ب ـ الدراسات التي أجريت على المتخلفين عقلياً:

في دراسة لمحاولة معرفة أثر كل من البيئة المنزلية عندما تكون مناسبة للفرد وكذلك التوافق الأسري على الأطفال المتخلفين عقلياً وجد كل من "نيهيرا وميرس ومينك" (Nibira, Meyers and Mink, 1980) أنه عندما تتوفر للمتخلف العقلي كل العوامل السابقة فإن ذلك يساعد على نموه الشخصي والمعرفي، كما يساعد إلى النمو الاجتماعي أيضاً.

أما دراسة جمال الخطيب (١٩٨٨) التي حاولت التعرف على عدد من المظاهر السلوكية غير التكيفية لدى المتخلفين عقلياً باستخدام قائمة تقدير السلوك التي تضمنت السلوكيات التالية: السلوك غير الاجتماعي والتمردي والانسحابي والنمطي وغير الجدير بالثقة، وسلوك العادات الشخصية المستهجنة، والعادات الكلامية غير المقبولة وسلوك العادات الشاذة وسلوك إيذاء الذات والنشاط الزائد والاضطرابات النفسية، تبين له انخفاض نسبة مظاهر السلوك غير التكيفي لدى المتخلفين عقلياً نسبياً. وفي دراسة عن أثر استخدام برنامج معد خصيصاً وفقاً لحاجات عينة من المتخلفين عميقي وشديدي التخلف وهو برنامج يعتمد على قياس أثر نوع معين من الأنشطة البدنية (مثل المشي والجري) على كل من مفهوم الذات ومهارات الأنشطة الاجتماعية وجد "هيهن" Hehn (1989) أن البرنامج يمكنه أن يحقق هذا، كما يؤدي احتكاك المتخلفين لأقرانهم إلى مساعدتهم على تحسين سلوكهم الاجتماعي. وباستخدام طريقة النمذجة قام شينودا (١٩٩٠) Shenouda بدراسة غرضها خفض السلوكي العدواني لدى المتخلفين وكذلك باستخدام أسلوب التدخل السلوكي المعرفي، أمكن تعديل سلوك المتخلفين غير التكيفي مما أدى في النهاية إلى تخفيض حدة العدوان لديهم. وبالمثل في دراسة حمدي منصور (١٩٩٠) أمكن تعديل سلوك الأطفال اللاتوافقي وذلك باستخدام الأساليب السلوكية الخاصة بالتدعيم الإيجابي والعقاب الجماعي.

وفي دراسة عادل كمال ومايسة المفتي (١٩٩٢) وبافتراض أن المتخلفين عقلياً يتميزون باضطرابات السلوك أو السلوك غير التكيفي، ومن خلال استخدام الجزء الثاني من مقياس السلوك التكيفي الذي أعده فاروق صادق وقام بتصميمه نيهيرا وآخرون، أسفرت النتائج عن أن دمج البنات المتخلفات عقلياً مع ذواتهن في المدرسة في بعض الأنشطة المدرسة يؤدي

إلى تحسن الدرجة الكلية لسلوكهن اللاتكيفي سواء أثناء الدمج أو بعد انتهاء برنامج الدمج بفترة زمنية. وفي دراسة عادل كمال (١٩٩٢) والتي حاول من خلالها معرفة تأثير دمج الأطفال المتخلفين عقلياً على مفهوم الذات لديهم وجد أنه لم يكن هناك تأثير - دال - إحصائياً في مفهوم كل من المصابات بالتخلف العقلي والعاديات عن ذاتهن، كما وجد أن مفهوم الذات لدى المتخلفات لا يختلف عن مفهوم الذات لدى السويات وأن كل منهن لديهن مفهوم إيجابي عن الذات.

وفي دراسة جمال حمزة(١٩٩٣) خلصت الدراسة إلى عدد من التوصيات لكل من يرغب في تقديم العون للمعوق عقلياً منها الاعتراف بقدرتهم على التوافق والمرونة وبالنسبة لظروف العمل المكفولة لهم في مجالهم المهني، والاهتمام ببرامج التأهيل المهني للمعوقين من حيث احترامهم وتقديرهم والتعاون معهم كوحدة قائمة بذاتها مع استخدام الإرشاد الجماعي والنفسي معهم. وبافتراض أن المتخلفين عقلياً عدوانيون قامت سهير محمود (١٩٩٧) بدراسة بغرض خفض السلوك العدواني لديهم من خلال برنامج إرشادي أيضاً استطاعت معه في النهاية الوصول إلى ما سعت إليه، وفي دراسة أمان محمود وصلاح مراد (١٩٩٨) وهي بعنوان الحالة المزاجية والخصائص السلوكية ومركزية الذات لدى المتخلفين عقلياً وعلى عينتين من الأطفال المتخلفين عقلياً، الأولى: قوامها (٤٠) طفلاً وطفلة يتعلمون بمدارس تربية فكرية، والثانية: قوامها (٣٠) طفلاً وطفلة غير ملتحقة بالمدارس لكنها تحت رعاية المؤسسات الخيرية، وعينة ثالثة: قوامها (٣٠) طفلاً وطفلة من المدارس العادية وقد استخدم الباحثان ثلاثة مقاييس هي: مقياس الحالة المزاجية، وهو من إعداد أمان محمود وماجدة محمود ومقياس تقدير السلوك الذي أعده للعربية مصطفى كامل ومن تأليف

"ماكليبست"، ومقياس مركزية الذات لدى الأطفال وهو من إعداد أمان محمود وتأليف بيرز هاريس Piers - Harris، وقد كانت النتائج ممثلة فيما يلي:

١- المتخلفون عقلياً أكثر توتراً واضطراباً وضعفاً في التآزر الحركي ونقصاً في التوجه الزماني والمكاني، وضعفاً في تذكر وفهم اللغة المنطوقة والفهم السماعي وأقل اجتماعياً وتعاوناً من العاديين وأقل معرفة لخصائصهم الجسمية وأقل ثقة بالنفس.

٢- لا توجد فروقاً ذات دلالة إحصائية بين ذكور وإناث الأطفال المتخلفين عقلياً في أبعاد الحالة المزاجية وتقدير السلوك ومركزية الذات.

٣- وجدت فروق ذات دلالة بين متوسطي درجات الحالة المزاجية لصالح كبار السن من المتخلفين عقلياً، كذلك في بعد العداوة مما يعني أن الكبار أكثر عدائية من الصغار، كما أن حالتهم المزاجية أكثر تذبذباً واضطراباً عن الصغار، وهذا يشير أيضاً إلى أن العمر يرتبط بالمشكلات السلوكية للمتخلفين عقلياً.

وأخيراً نأتي إلى دراسة أميرة طه (٢٠٠٠) وهي بعنوان "فعالية برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات التلاميذ العاديين نحو دمج المتخلفين عقلياً معهم في المدرسة وأثره على السلوك التكيفي للتلاميذ المتخلفين عقلياً. وقد كانت العينة مقسمة إلى (٣٠) طفلة من رياض الأطفال بجدة بالسعودية من العاديات والمتخلفات عقلياً من فئة القابلين للتعلم.

وقد كشفت النتائج عن تحسن السلوك التكيفي (النمو اللغوي، الأداء الوظيفي، الأعمال المنزلية، النشاط المهني، النضج الاجتماعي) لدى المتخلفات عقلياً بعد الدمج.

جـ ـ الدراسات التي أجريت على الصم:

في دراسة بعنوان: "دراسة لكل من السلوك التكيفي والنشاط الزائد لدى المعوقين سمعياً وعلاقتهما بأسلوب رعاية هؤلاء الأطفال، وعلى عينة قوامها (١٠٠) طفلاً وطفلة وباستخدام مقياس السلوك التوافقي والنشاط الزائد، توصل عبد العزيز الشخص (١٩٩٢) إلى أن الإعاقة السمعية لها تأثير سلبي على سلوكيات الأطفال الصم سواء السلوكيات الموغوب فيها أو غير المرغوب فيها، حيث وجد أن سلوكهم التكيفي ينخفض مقارنة بأقرانهم، بينما يرتفع لديهم مستوى النشاط الزائد. كما وجد أن أسلوب الرعاية له تأثير كبير على تعديل سلوكهم، كما وجد أن التفاعل بين الجنس وأسلوب الرعاية تأثيراً في هذا الصدد.

وفي دراسة إيهاب الببلاوي (١٩٩٥) عن العلاقة بين أسلوب معاملة الوالدين والسلوك العدواني على ذوي الإعاقة السمعية، تبين له أن لا علاقة ارتباطيه بين عدوان أصحاب الإعاقة السمعية وبين أسلوب رفض الأم كما وجد أن السلوك العدواني لديهم يرتبط بأسلوب رفض الأب وأخيراً فإن قسوة الوالدين عليهما يرتبط بسلوكهم العدواني.

وفي دراسة لعمرو رفعت (١٩٩٨) استخدم في مقياس التوافق النفسي للأطفال الصم وهو من إعداد عطية هنا ويقيس عدداً من أبعاد السلوك التكيفي، كما قام بتطبيق استبيان واقع الأنشطة التربوية المدرسية وقد كان هدف الدراسة الوقوف على تحقيق البرامج الموضوعة للأنشطة التربوية للأهداف المنشودة والمرجوة منها في تحقيق التكيف السلوكي، وقد توصلت النتائج إلى أن الطلاب الصم المشاركين في الأنشطة التربوية يتسمون بصفات أفضل من غير المشاركين في الأنشطة، كما تميز الطلاب المشاركون في الأنشطة بالكثير من الصفات الإيجابية عن نظرائهم ممن لا يشاركوا في

الأنشطة مثل: الاعتمادية، حيث يحاولون دائماً أن يؤدوا أعمالهم بأنفسهم، والشعور بقيمة الذات، حيث يتميزون بذاتية عالية، وكذلك الشعور بحرية التعبير وحرية الاختيار، وزادت معدلات انتماء الطفل لمدرسته ولجماعة النشاط المشارك فيها - إذ أن أغلب الأطفال الصم يفضلون المدرسة عن المنزل وكذلك الانتماء للأسرة ثم الوطن واكتسب الطلاب ميزة هامة جداً وهي النفور من الانعزالية وحب الاجتماعية والخلو من الأمراض العصابية التي تبدو من المظاهر المصاحبة للإعاقة مثل النكوص والعزلة وأحلام اليقظة. كما بينت الدراسة أيضاً أن مدارس الأمل للصم تتميز بالكثير من النقص وخصوصاً نقص الموارد المالية والكفاءات القادرة على أداء الأنشطة بصورة جيدة. كما بينت الدراسة أن وجود المشرف المؤهل بالمدرسة يجعله يساهم بقدر كبير في التغلب على ذلك باستخدام الإمكانات البيئية المتاحة. كما أن حب المشرف لعمله مع هذه الفئات بالذات يمكن أن يسهم في خفض المظاهر المصاحبة للإعاقة.

وأخيراً دراسة وفاء عبد الجواد وعزة خليل (١٩٩٩) وهي بعنوان: فعالية برنامج لخفض السلوك العدواني باستخدام اللعب لدى الأطفال المعاقين سمعياً، وقد توصلت الدراسة إلى انخفاض مستوى السلوك العدواني لدى الصم بعد تعرضهم لبرنامج خفض السلوك العدواني وأن اللعب يمكن أن يوفر المناخ المناسب لنمو مهارات الاتصال والتعبير عن الأفكار والمشاعر لدى المعاقين سمعياً، مما يقلل من الإحباط وحدة نوبات الغضب لديهم.

فروض الدراسة:

في ضوء الدراسات السابقة والتراث السيكولوجي فيما يتعلق بعينات البحث من ذوي الاحتياجات الخاصة، وكذلك في ضوء أهمية البحث وأهدافه وأداته يمكننا صياغة فروض البحث على النحو التالي:

١ـ من المتوقع أن تتباين مظاهر السلوك التكيفي لدى عينات البحث الثلاثة بتباين فئة ذوي الاحتياجات الخاصة (متخلفين عقلياً ـ صم ـ مكفوفين).

٢ـ من المتوقع أن تنخفض نسبة مظاهر السلوك غير التكيفي لدى المكفوفين مقارنة بالمتخلفين عقلياً والصم.

٣ـ من المتوقع أن ترتفع نسبة مظاهر السلوك غير التكيفي لدى المتخلفين عقلياً مقارنة بالصم والمكفوفين.

الإجراءات المنهجية للبحث:

١ـ عينات البحث:

تكونت العينة الكلية للبحث من (٩٠) طفلاً موزعة على النحو التالي:

أـ (٣٠) طفلاً من المكفوفين.

ب ـ (٣٠) طفلاً من الصم.

جـ ـ (٣٠) طفلاً من المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم.

وقد تم اختيار عينات البحث من مدارس النور والأمل للمكفوفين، والأمل للصم والبكم وضعاف السمع، ومدارس التربية الفكرية للمتخلفين عقلياً، كذلك فقد تم اختيار عينات البحث من مدن طنطا، والمنصورة، والمحلة الكبرى. وقد روعي تجانس العينات من حيث العمر الزمني فقد كان متوسط عمر المتخلفين عقلياً ١٤,٩ ومتوسط عمر المكفوفين ١٢,٦٥ ومتوسط عمر الصم ١٢,١٦. هذا ولم تكن هناك فروق دالة بينهم. كما روعي تجانس أفراد العينات في المستوى الاجتماعي والاقتصادي.

وقد ساعد الباحث في ذلك مديرو المدارس التي تم التطبيق فيها وكذلك الأخصائيين النفسيين الاجتماعيين والمشرفين على تعليم عينات البحث.

وبرغم أن فئة المتخلفين عقلياً من القابلين للتعلم مصنفة في المدارس التي تم فيها التطبيق على أنهم من فئة التخلف العقلي البسيط إلا أن الباحث راعى تجانس جميع أفراد العينة في نسبة الذكاء حيث استخدم مقياس وكسلر لذكاء الأطفال وهو من إعداد محمد عماد الدين إسماعيل ولويس كامل مليكه، وهو أحد مقاييس الذكاء المستخدمة في العديد من الدراسات وقد تم تقنينه والتأكد من ثباته وصدقه. وقد تراوحت نسب ذكاء أفراد العينات بين ٦٠ و ٧٠.

الأداة المستخدمة في البحث وتطبيقها:

استخدم الباحث مقياس السلوك التوافقي، وهو من تأليف كازونهيرا وآخرون وقد أعدوا للعربية صفوت فرج وناهد رمزي وهو مقياس تقديرات للمتخلفين عقلياً وغير المتوافقين انفعالياً، غير أنه من الممكن استخدامه مع بقية الأفراد ممن يعانون من مظاهر أخرى للتعويق. وهو مصمم ليوفر وصفاً موضوعياً وتقويماً لسلوك الفرد التوافقي.

وهو يتكون من جزئين؛ الجزء الأول: مكون من ٦٦ سؤالاً وقد صمم لتقويم مهارات وعادات الفرد في عشرة مجالات سلوكية (وهي مجموعات مترابطة لأنشطة مترابطة) تعتبر هامة لارتقاء الاستقلال الشخصي في الحياة اليومية. وقد سبق بيان هذه المجالات. والجزء الثاني صمم ليوفر مقاييس للسلوك التوافقي المتعلق بالشخصية واضطرابات السلوك.

وهذا الجزء يتكون من (١٤) مجالاً سلوكياً سبقت الإشارة إليهم. وهو يتكون من (٤٤) سؤال. ونظراً لظروف عينات البحث وهم جميعاً من ذوي الاحتياجات الخاصة ونظراً لطبيعة الأداة المستخدمة في هذا البحث فقد عهد بالتطبيق للأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والآباء المتعاملين مع عينات البحث، وذلك لأنهم أصحاب معرفة وثيقة بذوي الاحتياجات الخاصة سواء عن

طريق الدراسة أو المعايشة المستمرة أو التردد عليهم بدرجة تسمح لهم بالمعرفة الكاملة بكل فرد من أفراد عينات التطبيق.

صدق الاختبار وثباته:

اعتمد الباحث في حساب الصدق على ما يسمى بصدق المحتوى أو الصدق الظاهري حيث عرضت بنود المقياس على عشرين من المتخصصين في مجال علم النفس العاملين بميدان ذوي الاحتياجات الخاصة بغرض الحكم على صلاحية بنود المقياس للتطبيق على ذوي الاحتياجات الخاصة. وقد وجد الباحث أن أقل نسبة مئوية حصلت عليها بنود المقياس كانت ٨٦% مما يعني صلاحيته للتطبيق على عينات البحث. كما تم حساب ثبات الاختبار بطريقة الاتساق الداخلي حيث حسبت معاملات الثبات بين الدرجة الكلية على جزء ودرجة كل اختبار، وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون وكانت جميعها دالة عند مستوى يتراوح بين (٠,٠٥، ٠,٠١).

الأساليب الإحصائية:

حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعينات البحث وكذلك اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين متوسطات عينات البحث.

النتائج ومناقشتها:

جدول (١) يوضح
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت)
بين عينتي المتخلفين عقلياً والصم
على متغيرات السلوك التكيفي (الجزء الأول)

م	المتغير	المتخلفين عقلياً		الصم		ت	الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	العمل الاستقلالي	٥٥,١	١٨,٩٣	٤٩,٧	٩,٩٩	١,٣٦	غير دال
٢	النمو الجسمي	١٧,٤	٢,٨٢	١٩,٦٣	٢,٦١	٣,١٣	٠,٠١
٣	النشاط الاقتصادي	٦,٩٣	٤,١٦	٤,١	١,٨٨	٣,٣٤	٠,٠١
٤	ارتقاء اللغة	١٥,٠٧	٧,٠٤	٩,٥	٤,٣٩	٣,٦٢	٠,٠١
٥	الأعداد والوقت	٣,٨٧	٣,٢٠	٣,٦	١,٩٠	٠,٣٩	غير دال
٦	الأنشطة المنزلية	٤,٨٦	٢,٨٠	٦,١٣	٥,٤٩	١,١١	غير دال
٧	النشاط المهني	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	غير دال
٨	التوجيه الذاتي	٨,٨٣	٤,٣١	٩,٢٧	٣,٦٣	٠,٤٢	غير دال
٩	تحمل المسئولية	٣,٢	١,٧٧	٢,٤٣	١,٠٠	٢,٠٤	٠,٠٥
١٠	التنشئة الاجتماعية	١١,٥٧	٤,٥٧	١١,٢	٣,٥٣	٠,٣٥	غير دال

مناقشة نتائج الفرض الأول:

بالنظر إلى جدول (١) نجد أن مظاهر السلوك التكيفي لدى عينتي المتخلفين عقلياً والصم قد تباينت في أربعة متغيرات فقط. فد كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية تراوحت بين (٠,٠٥، ٠,٠١) بين الصم والمتخلفين عقلياً في ثلاثة متغيرات هي النشاط الاقتصادي، وارتقاء اللغة، وتحمل المسئولية، وقد كانت هذه الفروق لصالح المتخلفين عقلياً (القابلين للتعلم). أما المتغير الرابع وهو النمو الجسمي فقد كانت دلالته لصالح الصم حيث كان الفرق دالاً عند مستوى (٠,٠١) أما باقي المتغيرات فلم تكن

الفروق بينهما ذات دلالة إحصائية، مما يعني أن هناك تقارباً نسبياً في مظاهر السلوك التكيفي بين الصم والمتخلفين عقلياً.

لكن مما يلفت النظر في هذه النتيجة هو أن متغير النشاط الاقتصادي، كانت دلالته لصالح المتخلفين عقلياً، والنشاط الاقتصادي يعني حسبما يوضح المقياس التعامل بالنقود وتخطيط الميزانية واستخدام مهارات الشراء والمشاوير وهي نتيجة قد تبدو منطقية للآخرين لو كانت لصالح الصم، لكننا لو أمعنا النظر فيها فسنجد أنها منطقية فالمتخلف العقلي الصالح أو القابل للتعلم يمكنه القيام بهذا إذا أتيح له القيام بذلك وإذا وجد الرعاية والتوجيه السليم وما يؤيد هذا أن الفرق في متغير الإحساس بالمسئولية (الممتلكات الشخصية وتحمل المسئولية عموماً) كان دالاً لصالح المتخلفين عقلياً أيضاً. والنتيجتان منطقيتان إذا وضعنا في حسباننا أن النظرة للمتخلف عقلياً لابد وأن تتغير فهو يمكنه أن يكون له نشاط اقتصادي ملحوظ ويمكنه تحمل المسئولية، إن كل ما علينا فقط هو إشعارهم بأنهم يمكنهم القيام بالكثير والكثير وأنهم لا يقلون عن ذويهم سواء من الأسوياء أو من أقرانهم من ذوي الاحتياجات الخاصة.

نأتي بعد ذلك إلى متغير النمو الجسمي الذي كانت دلالته لصالح الصم وهو يتضمن كلاً من النمو الحسي (الإبصار والسمع)، والنمو الحركي (توازن الجسم، والمشي، والتحكم في اليدين، واستخدام الأطراف)، وهي نتيجة لا تتفق وطبيعة الصم خصوصاً من ناحية السمع أو الحركة الكثيرة التي يتميز بها المتخلفون عقلياً والمعروفة عنهم، لكنها قد تفسر لنا أو تنبهنا إلى أن النمو الحسي على وجه الخصوص عند الأصم يجب الالتفات إليه. وأخيراً متغير ارتقاء اللغة والذي كان لصالح المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم وهو أمر طبيعي ومنطقي جداً نظراً لطبيعة كل فئة منهما.

وبالنظر إلى الجدول نلمح نتيجة لا ينبغي أن تمر هكذا، وهي أنه لا نشاط مهني (مستوى تعقد الوظيفة ومستوى الأداء المهني وعادات العمل) لكل من المتخلفين عقلياً والصم فهل هذا راجع إلى صغر سنهم وأنهم لا زالوا يدرسون فلا يكلفون بأعمال؟ أم أن هذا راجع إلى عدم الثقة في قدراتهم، أم إلى تقصير من قبل المتخصصين والآباء القائمين على رعايتهم، أسئلة كثيرة تحتاج لإجابة. وبالنظر في الدراسات السابقة نلاحظ ما يلي: أن كل الدراسات ركزت على الجوانب غير التكيفية في سلوك كل من المتخلفين عقلياً، والصم، حتى الدراسات الإرشادية كان هدفها تعديل سلوك كل منهما كخفض العدوان لديهما مثلاً، لكن يمكن القول وبناء على ما سبق أن تأثير الإعاقة السمعية يكون له آثار سلبية على السلوك التكيفي وغير التكيفي لدى الصم، وهذا ما أكدته دراسة عبد العزيز الشخص (١٩٩٢).

جدول رقم (٢) يوضح

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت)

بين المتخلفين عقلياً والمكفوفين

على متغيرات السلوك التكيفي (الجزء الأول)

م	المتغير	المتخلفين عقلياً		المكفوفين		ت	الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	العمل الاستقلالي	٥٥,١	١٨,٩٣	٧٧,٠٦	٤,٥٣	٦,٠٨	٠,٠١
٢	النمو الجسمي	١٧,٤	٢,٨٢	١٦,٦٣	١,٩٥	١,٢١	غير دال
٣	النشاط الاقتصادي	٦,٩٣	٤,١٦	١٠,٦٣	٢,٠٥	٤,٣٠	٠,٠١
٤	ارتقاء اللغة	١٥,٠٧	٧,٠٤	٢٥,٥٣	٣,٣٧	٧,٢٢	٠,٠١
٥	الأعداد والوقت	٣,٨٧	٣,٢٠	١٠,٠٣	١,٩٧	٨,٨٣	٠,٠١
٦	الأنشطة المنزلية	٤,٨٦	٢,٨٠	١,٥٦	١,٣٣	٥,٧٣	٠,٠١
٧	النشاط المهني	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	غير دال
٨	التوجيه الذاتي	٨,٨٣	٤,٣١	١٣,٤	٣,٨١	٤,٢٨	٠,٠١
٩	تحمل المسئولية	٣,٢	١,٧٧	٤,٦٠	١,٢٨	٣,٤٥	٠,٠١
١٠	التنشئة الاجتماعية	١١,٥٧	٤,٥٧	١٩,٧٠	٣,١	٧,٩٣	٠,٠١

بالنظر إلى الجدول (٢) نجد أن جميع متغيرات السلوك التكيفي كانت لصالح المكفوفين ماعدا متغير النشاط المنزلي (التنظيف وأعمال منزلية أخرى) حيث كان دالاً دلالة مرتفعة عند مستوى (٠,٠١) لصالح المتخلفين عقلياً، وهي أيضاً نتيجة منطقية جداً تتمشى مع كونهم يبصرون ويمكنهم القيام بما يطلب منهم.

ويلاحظ من الجدول أيضاً أن سلوك تحمل المسئولية انتقل لصالح المكفوفين وهو أمر يراه الباحث مناسباً تماماً إذ أنه كلما ارتفعت مظاهر السلوك التكيفي لدى فئة ما فمن الطبيعي جداً أن تكون أعلى قدرة على تحمل المسئولية، أما متغير النمو الجسمي فلم يكن له دلالة بين العينتين مما يعني تشابهاً بينهما في النمو الحسي والحركي، وإن كان المتوسط الحسابي أعلى لدى المتخلفين عقلياً وهو أمر منطقي فهم مبصرون، يسمعون، توازنهم الجسمي أعلى، وقدرتهم على المشي والجري أفضل تماماً من المكفوفين، يمكنهم التحكم في اليدين واستخدام الأطراف بشكل أفضل من المكفوفين.

وبالنسبة للدراسات السابقة نجد أنه لم تتفق آية دراسة سابقة مع النتائج التي توصل إليها الباحث في هذا الصدد في مجال المقارنة بين العينتين في متغيرات السلوك التكيفي. لكن يمكن الإشارة إلى أن دراسة عبد الظاهر الطيب (١٩٧٤) أشارت إلى أنهم أكثر استقلالاً مقارنة بالمبصرين، إنهم أكثر تقبلاً للإعاقة وبالتالي أعلى تكيفاً (دراستي مورجان وسامية القطان) وذلك بعد الخضوع لبعض الأساليب الإرشادية.

جدول رقم (٣) يوضح
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية
وقيم (ت) بين عينتي المكفوفين والصم
على متغيرات السلوك التكيفي (الجزء الأول)

م	المتغير	المكفوفين		الصم		ت	الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	العمل الاستقلالي	٧٧,٠٦	٤,٥٣	٤٩,٧	٩,٩٩	١٣,٤٣	٠,٠١
٢	النمو الجسمي	١٦,٦٣	١,٩٥	١٩,٦٣	٢,٦١	٤,٩٦	٠,٠١
٣	النشاط الاقتصادي	١٠,٦٣	٢,٠٥	٤,١	١,٨٨	١٢,٦٤	٠,٠١
٤	ارتقاء اللغة	٢٥,٥٣	٣,٣٧	٩,٥	٤,٣٩	١٥,٦	٠,٠١
٥	الأعداد والوقت	١٠,٠٣	١,٩٧	٣,٦	١,٩	١٢,٦٥	٠,٠١
٦	الأنشطة المنزلية	١,٥٦	١,٣٣	٦,١٣	٥,٤٩	٤,٣٦	٠,٠١
٧	النشاط المهني	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
٨	التوجيه الذاتي	١٣,٤	٣,٨١	٩,٢٧	٣,٦٣	٤,٢٣	٠,٠١
٩	تحمل المسئولية	٤,٦	١,٢٨	٢,٤٣	١,٠٠	٧,١٩	٠,٠١
١٠	التنشئة الاجتماعية	١٩,٧	٣,١	١١,٢	٣,٥٣	٩,٧٤	٠,٠١

أول مايمكن ملاحظته على هذا الجدول وماسبقه هو أن متغير النشاط المهني غير ممثل على الإطلاق لدى عينات البحث من ذوى الاحتياجات الخاصة، فإذا – جاز للباحث – القول بأن النشاط المهني قليل لدى المكفوفين لطبيعة ظروفهم، فبما تفسر ذلك لدى المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وكذلك الصم المبصرين، سؤال نأمل أن يكشف عنه اللثام في دراسات تالية.

وبالنظر إلى جدول رقم (٣) أيضاً نجد أن متغير السلوك التكيفي (النمو الجسمي) كان لصالح الصم وهو يتماشى مع النتيجة السابقة، حيث كان لصالحهم أيضاً لدى مقارنتهم بالمتخلفين عقلياً. كذلك فإن متغير الأنشطة المنزلية كان لصالح الصم، وهو أيضاً يتماشى مع كونهم مبصرين.

وما عدا ذلك كانت كل متغيرات السلوك التكيفي لصالح المكفوفين مقارنة بالصم، مثلما كانت من قبل في صالحهم عند مقارنتهم بالمتخلفين عقلياً، وإن كان لما سبق دلالته، فدلالته تكمن في أن المكفوفين أكثر تكيفاً في سلوكهم من المتخلفين عقلياً ومن الصم. والدلالة تتأكد من ارتفاع قيم (ت) بشكل واضح وملفت للنظر في معظم متغيرات السلوك التكيفي. ولو كانت هناك دلالة أخرى فهي تعني أن الصم أقل فئات ذوي الاحتياجات الخاصة تكيفاً. فهل لهذا دلالة عند النظر في متغيرات الاضطرابات السلوكية أم سيقفون موقفاً وسطاً؟

جدول رقم (٤) يوضح

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدى المكفوفين والمتخلفين عقلياً والصم على متغيرات السلوك غير التكيفي (الجزء الثاني)

م	المتغيرات	المتخلفين		الصم		المكفوفين	
		م	ع	م	ع	م	ع
١	العنف والسلوك التدميري.	٩,٧	٧,١٥	٧,٦٦	٤,٧٢	٢,٧٥	٠,٨٢
٢	السلوك المضاد للمجتمع.	١٥,٣٧	٨,٥١	٨,٨	٤,٢٩	٢,٣٧	١,٢٢
٣	السلوك المتمرد.	١٢,١	٧,٨٨	٥,٥	٣,٦٢	٢,٥٣	١,٠١
٤	السلوك غير المؤتمن.	٥,١٦	٤,٥٧	٣,١	١,٦٣	صفر	صفر
٥	السلوك الانسحابي.	٥,٣٧	٥,٢٢	٥,٥٣	٢,٤	٣,٥٩	٠,٧٥
٦	السلوك النمطي والتصرفات الشاذة	٢,٨٧	٢,٨٩	٢,١٣	١,٨١	١,٥٦	٠,٧٠
٧	السلوك الاجتماعي غير المناسب.	٢,٨٣	٢,٦١	٠,٣٠	٠,٤٧	٠,٠٣	٠,٠١
٨	العادات الصوتية غير المقبولة.	٣,٤٣	٢,١٦	٠,٧٣	٠,٩٤	صفر	صفر
٩	العادات الغريبة.	١١,٤	٥,٣٢	٣,٨	٣,٠٦	٢,٨١	٢,٥١
١٠	سلوك إيذاء الذات.	١,٩٦	١,٩٣	١,٠٣	١,٠٩	صفر	صفر
١١	الميل إلى النشاط الزائد.	٤,٣٣	٢,٨٦	٠,٩٧	٠,٩٢	صفر	صفر
١٢	السلوك الجنسي الشاذ	١,٥	٣,١٨	٠,٤٧	٠,٦٨	صفر	صفر
١٣	الاضطرابات النفسية.	١٣,٠	٤,٧١	١٠,٩٧	٥,٠٩	١,٨٢	١,٥
١٤	استخدام العلاج.	٠,٥٣	١,٢٥	صفر	صفر	صفر	صفر

٢ـ مناقشة نتائج الفرض الثاني:

بالنظر في جدول (٤) ووفقاً لتعليمات المقياس المستخدم في الدراسة ومن خلال ملخص البروفيل النفسي الذي يقدم لنا صورة عيانية لأداء الفرد في فترة التقدير وتسهيل تحديد موقفه ووضعه المناسب والمجالات التي يمكن أن يحقق فيها الفرد تقدماً أو فشلاً، نجد أن هذا الفرض قد تحقق تماماً حيث انخفضت نسبة مظاهر السلوك غير التكيفي تماماً لدى المكفوفين وبصورة بارزة وما يؤكد هذا تدني قيمة المتوسطات على كافة أنواع متغيرات الانحرافات أو الاضطرابات السلوكية.

وهذه النتيجة تتناسق تماماً مع النتائج السابقة في هذا البحث حيث وجدت فروق ذات دلالة في معظم متغيرات السلوك التكيفي بين المكفوفين، والمتخلفين عقلياً، والصم، وكل الفروق كانت لصالح المكفوفين. بل إن هذه النتيجة والتي تعني عدم وجود اضطرابات تتعارض تماماً مع نتائج كل الدراسات السابقة التي أظهرت أن المكفوفين قلقون متوترون وأنهم غير منتجين ما لم يتفاعلوا مع الآخرين ويندمجون معهم، ويشعرون بالدونية، وينخفض مفهوم الذات لديهم، بل هم لا يخلون من الأمراض العصابية ومهاراتهم الاجتماعية ضعيفة وهم المجتمع، يميلون للانطواء والعزلة ولديهم إحساس بالفراغ وعدم القيمة وعدم تحمل المسئولية ويشعرون باليأس وغير ذلك.

وبالنظر في الجداول (٢، ٣، ٤) وفي مجال المقارنة بينهم وبين ذويهم من الصم والمتخلفين عقلياً نجد أنهم يميلون أكثر للسلوك الاستقلالي، ولديهم نشاط اقتصادي ومستوى ارتقاء اللغة (من حيث التعبير والفهم وارتقاء اللغة الاجتماعية كالمحادثة) لديهم أعلى، أما إدراكهم للأعداد والوقت ومفهومه،

فهو كذلك أعلى عندهم وله دلالة في مجال المقارنة، أما التوجه الذاتي (كروح المبادرة، والمثابرة، واستغلال أوقات الفراغ).

وبالمثل تحمل المسئولية (الممتلكات الشخصية وتحمل المسئولية عموماً) فهما مجالان سلوكيان يتميز بهما المكفوفون. وأخيراً نجد أنهم أكثر تعاوناً ويضعون الآخرين في اعتبارهم، وهم أكثر وعياً بالآخرين، وهم أكثر تفاعلاً معهم، ويميلون للاشتراك في الأنشطة الاجتماعية وهم غير أنانيين ولديهم وعي اجتماعي، ويدل على هذا الفرق الدال إحصائياً بينهم وبين الصم والمتخلفين عقلياً في سلوك التنشئة الاجتماعية. وأخيراً فإن السلوك غير المؤتمن والسلوك الاجتماعي غير المناسب وإيذاء الذات والنشاط الزائد والسلوك الجنسي الشاذ أبعد ما يكون عنهم والجدول (٤) يؤكد ذلك. والصورة النهائية لهذه النتيجة تنبهنا إلى عكس ما يتم في مجال الإرشاد النفسي (كالتدريب التوكيدي، والنمذجة، والعلاج بالمعنى) فبدلاً من استخدام تلك الوسائل في مجال تعديل السلوك غير التكيفي عندهم أو عند غيرهم، لم لا تستخدم في تدعيم السلوك التكيفي أيضاً. لو فعلنا هذا وأخذ به المتخصصون والآباء والمهتمون بذوي الإحتياجات الخاصة لكان لدينا على المدى البعيد جيلاً من المكفوفين سوياً بعيداً عن الاضطرابات النفسية بصفة عامة، جيلاً يمكنه أن يشارك بفعالية وإنتاجية أغرز في مجتمعاتهم. ولعلنا يكون لدينا ألف ألف "طه حسين" آخر، الذي عندما توفرت له كل السبل الممكنة لنجاح وأخذ بيده كل من حوله، فعل ما لم يفعله المبصرون منا وكانت له بصمات مازلنا نستفيد منها حتى الآن كما أنه قد حقق نجاحات عديدة نأمل الكثير منها في مجتمعنا المصري والعربي من ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة والمكفوفين بصفة خاصة.

٣ـ مناقشة نتائج الفرض الثالث:

بالنظر في الجدول (٤) نجد أن الفرض قد تحقق أيضاً حيث ارتفعت بالفعل كل متغيرات الانحرافات السلوكية لدى المتخلفين عقلياً، فهم وإن كانوا قد تفوقوا على الصم في بعض السلوكيات التكيفية مثل النشاط الاقتصادي وارتقاء اللغة وتحمل المسئولية (حسبما يوضح جدول ١) فهذا يرجع لظروف حاجتهم الخاصة التي هم عليها وقد سبق أن أوضحنا ذلك من قبل. ويرتبط بهذا أيضاً تميزهم على المكفوفين في سلوكين تكيفين هما: النمو الجسمي والنشاط المنزلي.

وعودة إلى جدول (٤) الذي يؤكد صحة الفرض حيث ارتفعت المتوسطات وبالتالي نسبة مظاهر السلوك غير التكيفي لدى المتخلفين عقلياً، وهي نتيجة تتفق مع العديد من الدراسات السابقة، فهي تتفق مع دراسة جمال الخطيب (١٩٨٨) التي تؤكد على ارتفاع مظاهر السلوك غير التكيفي لديهم وهي تقريباً نفس مظاهر السلوك غير التكيفي التي جاءت في نتيجة البحث الحالي، كما تتفق مع دراسة كل من هيهن **Hehn** (١٩٨٩) وشينودا (١٩٩٠) **Shenouda** والتي وضعت برامج سلوكية لخفض عدد من مظاهر السلوك غير التكيفي لدى المتخلفين عقلياً، وبالمثل دراسة حمدي منصور (١٩٩٠)، ودراسة عادل كمال ومايسة المفتي (١٩٩٢)، وسهير محمود (١٩٩٧)، وأمان محمود وصلاح مراد (١٩٩٨) وأخيراً أميرة طه (٢٠٠٠).

إن النتائج أبرزت عدداً من مظاهر السلوك التكيفي لدى المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، فعلينا أن نعمل أيضاً على تدعيمها لديهم وتدعيم باقي مظاهر الضعف في مظاهر السلوك التكيفي، وبالمثل يجب ألا تتوقف البرامج الإرشادية العلمية المنظمة من أجل تعديل سلوكهم غير التكيفي والتي أبرزها النتائج من خلال جدول (٤)، من أجل إعدادهم ليكونوا صالحين في مجتمعاتهم

وأن تكون لهم أدوار اجتماعية يقومون بها، وأن نضع في الاعتبار أنهم متخلفون عقلياً، وأقل ذكاءً نسبياً من ذويهم ولكنهم قابلون للتعلم.

بقيت نقطة أخيرة وهي أننا إذا نظرنا نظرة فاحصة في الجدول رقم (٤) سنلاحظ أن الفروق في المتوسطات وإن كانت أعلى لدى المتخلفين عقلياً في متغيرات السلوك غير التكيفي بشكل عام، إلا أنها لم تكن فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المتخلفين عقلياً والصم وذلك في متغيرات السلوك غير التكيفي الآتية: (السلوك الانسحابي، والسلوك النمطي والتصرفات الشاذة وكذلك السلوك الجنسي الشاذ) حيث حسبت قيمة (ت) وكانت غير دالة وهي على الترتيب (٠,١٥ - ١,١٦ - ١,٧٠).

ومعنى هذا أن الفرق التجريبي ليست له دلالة عند النسبتين. وبمعنى آخر وجود تشابه إلى حد ما في تلك المتغيرات غير التكيفية بين المتخلفين عقلياً وبين الصم. أي أنهم لا يحملون كل الخصائص السلوكية غير التكيفية وحدهم. فالصم أيضاً لهم سلوك انسحابي ونمطي وتصرفات شاذة، وبالمثل لديهم سلوك جنسي شاذ. ويأمل الباحث في دراسة تالية له أن يضع برنامجاً إرشادياً يستطيع بعده تعديل سلوك كل من المتخلفين عقلياً والصم خصوصاً في المتغيرات الثلاثية غير التكيفية الأخيرة.

والنتيجة تشير في النهاية إلى أن الصم وقفوا موقفاً وسطاً بين المتخلفين عقلياً والمكفوفين في متغيرات السلوك غير التكيفي مما يؤكد ترابط النتائج التي توصل إليها البحث الحالي وتماسكها بل وتناسقها.

المراجع

أولاً- المراجع العربية:

١- أحلام محمود حسن عبد الله (١٩٩٠). المشكلات النفسية لدى الطلاب المكفوفين من الجنسين بالمدن الجامعية: دراسة مسحية تحليلية. بحوث المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس، القاهرة، ص ١ - ٢٤.

٢- أسعد رزوق (١٩٧٩). موسوعة علم النفس. ط (٢)، لبنان: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

٣- أمان محمود وصلاح مراد (١٩٨٩). الحالة المزاجية والخصائص السلوكية ومركزية الذات لدى الأطفال المتخلفين عقلياً بالكويت. المؤتمر الدولي الخامس لمركز الإرشاد النفسي: الإرشاد النفسي والتنمية البشرية، المجلد الثاني، ص ٧٨٩ - ٨١٢.

٤- أميرة طه بخش (٢٠٠٠). فعالية برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات التلاميذ العاديين نحو دمج المتخلفين عقلياً وأثره على السلوك التكيفي للتلاميذ المتخلفين عقلياً. المجلة التربوية: الكويت، مجلد (١٤)، العدد (٥٦)، ص ١٨٥ - ٢١٤.

٥- أوكونر ن (١٩٧٢). الضعف العقلي. ترجمة: فؤاد أبو حطب، في: آفاق جديدة في علم النفس، القاهرة: عالم الكتب، ص ٣٨٩ - ٣٩٤.

٦- إيهاب عبد العزيز عبد الباقي (١٩٩٥). العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية لدى ذوي الإعاقة السمعية. رسالة ماجستير، كلية التربية: جامعة الزقازيق.

٧- بيل جيرهارت (١٩٩٦). تعليم المعوقين. ترجمة: أحمد سلامة، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، سلسلة الألف كتاب الثاني، العدد (٢٢٥).

٨- تينا بروس (١٩٩٢). أسس التعليم في الطفولة المبكرة. ترجمة: ممدوحة سلامة، القاهرة: دار الشروق.

٩- جمال الخطيب (١٩٨٨). المظاهر السلوكية غير التكيفية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين عقلياً الملتحقين بمدارس التربية الخاصة: دراسة مسحية. مجلة دراسات، مجلد (١٥)، ع (١٨)، الجامعة الأردنية: عمان ص ١٦٣ - ١٨٠.

١٠- جمال مختار حمزة (١٩٩٣). استجابات الوالدين للإعاقة العقلية لدى الأبناء. مجلة دراسات نفسية، القاهرة: المجلد الثالث، ص ٣٧٣ - ٣٩٦

١١- حمدي محمد منصور (١٩٩٠). ممارسة الاتجاه السلوكي في خدمة الفرد مع الطفل ضعيف العقل لتعديل سلوكه اللاتوافقي. رسالة دكتوراة كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

١٢- رياض المنشاوي ومجدي عبد الكريم (١٩٩٥). تباين العوامل النفسية والاجتماعية في الشخصية بتباين الإعاقة. المجلة المصرية للتقويم التربوي، القاهرة: المجلد (٣٠)، العدد الأول، ص ٤٩ - ٨٩.

١٣- زكية حجازي (١٩٩٤). الطفولة من الحمل والولادة حتى المراهقة: دراسات وتجارب في حب الطفولة، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

١٤- سامية عباس القطان (١٩٧٤). دراسة مقارنة لمستوى القلق عند المراهقات والكفيفات والمبصرات. رسالة ماجستير، كلية التربية: جامعة عين شمس.

١٥- سعد جلال (١٩٨٥). المرجع في علم النفس. القاهرة: دار الفكر العربي.

١٦- سهام على عبد الحميد (١٩٩٧). برنامج إرشادي لتخفيف حدة السلوك العدواني لدى المعاقين بصرياً. المؤتمر الدولي الرابع عشر لمركز الإرشاد النفسي: الإرشاد والمجال التربوي، القاهرة، المجلد (٢)، ص ٦٧١ - ٦٨٨.

١٧- سهى أحمد أمين (١٩٩٩). المتخلفون عقلياً بين الإساءة والإهمال: التشخيص والعلاج، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.

١٨- سهير محمود أمين عبد الله (١٩٩٧). فعالية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً. المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي: الإرشاد النفسي والمجال التربوي، المجلد (٢)، ص ٦٨٩ - ٧٢٥.

١٩- سيد صبحي (١٩٨٥). السلوك التفاعلي للكفيف وعلاقته بالقدرة على الإنتاج، المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين، القاهرة: مطبعة الجهاد.

٢٠- سيد عبد العظيم (١٩٩٨). أثر الإرشاد المعرفي في خفض الشعور باليأس لدى عينة من المكفوفين، مجلة الإرشاد النفسي، القاهرة، العدد (٨)، ص ٢٩٥ - ٣٢٣.

٢١- صفوت فرج وناهد رمزي (١٩٩٠). مقياس السلوك التوافقي (كتيب الدليل). القاهرة: الأنجلو المصرية.

٢٢- صفوت فرج (١٩٩٢). التخلف العقلي: الوضع الراهن وآفاق المستقبل. مجلة دراسات نفسية، المجلد الثاني، الكتاب الثالث، ص ٤١٧ - ٤٣٦.

٢٣- عادل عبد الله محمود (١٩٩٩). دراسات في سيكولوجية نمو طفل الروضة. القاهرة: دار الرشاد.

٢٤- عادل كمال خضر (١٩٩٢). دراسة مقارنة لمفهوم الذات لدى الأطفال المصابين بالتخلف العقلي والأطفال قبل وبعد دمجهم معاً في بعض الأنشطة المدرسية. مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٢٥- عادل كمال خضر ومايسة أنور المفتي (١٩٩٢). إدماج الأطفال المصابين بالتخلف العقلي مع الأطفال الأسوياء في بعض الأنشطة المدرسية وأثره على مستوى ذكائهم وسلوكهم التكيفي. مجلة دراسات نفسية، المجلة (٢)، الكتاب (٣)، ص ٣٧١ - ٣٩٠.

٢٦- عبد الستار إبراهيم وعبد العزيز الدخيل ورضوى إبراهيم (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل. الكويت: عالم المعرفة، العدد (١٨٠).

٢٧- عبد العزيز السيد الشخص (١٩٨٥). دراسة لحجم مشكلة النشاط الزائد بين الأطفال. مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد (٩)، ص ٣٣٣ - ٣٩٥.

٢٨- عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٢). دراسة لكل من السلوك التكيفي والنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المعوقين سمعياً وعلاقتهما بأسلوب رعاية هؤلاء الأطفال. المؤتمر الخامس للطفل المصري، القاهرة، ص ١٠٢٣ - ١٠٤٦.

٢٩- عمرو رفعت عمر (١٩٩٨). واقع الأنشطة التربوية بمدارس الصم وانعكاساته على بعض الجوانب النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الإعدادية. المؤتمر الدولي الخامس لمركز الإرشاد النفسي: الإرشاد النفسي والتنمية البشرية، القاهرة، المجلد (٢)، ص ٥٥٥ - ٥٨٥.

٣٠- فرج عبد القادر طه وآخرون (١٩٩٣). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة: دار سعاد الصباح.

٣١- فيوليت فؤاد إبراهيم (١٩٨٦). الإعاقة البصرية وعلاقتهما بمفهوم الذات والتوافق الشخصي، المؤتمر الثالث لعلم النفس، ص٣٦٣ - ٣٧٣.

٣٢- كروكشانك ف.ج. (١٩٧٠). تربية الموهوب والمتخلف. ترجمة: يوسف ميخائيل أسعد، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٣٣- كلارك أ.د.ب. (١٩٨٣). الاتجاهات الحديثة في دراسة الضعف العقلي، ترجمة: عبد الحليم محمود السيد، القاهرة: دار الثقافة للتوزيع والنشر.

٣٤- كلير فهيم (١٩٨٢). أطفالنا والتخلف العقلي. القاهرة: سلسلة كتب دار الهلال، العدد (٣٨٢).

٣٥- كمال دسوقي (١٩٨٨). ذخيرة علوم النفس. القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.

٣٦- كمال سالم سيسالم (١٩٩٧). المعاقون بصرياً: خصائصهم ومناهجهم. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

٣٧- لويس كامل مليكه (١٩٨٨). تعديل سلوك المعاق عقلياً: دليل الوالدين والمعلم. القاهرة: مطبعة فيكتور كيرلس.

٣٨- مجمع اللغة العربية (١٩٨٠). المعجم الوجيز. القاهرة: دار التحرير للطبع والنشر.

٣٩- محمد عبد التواب معوض (١٩٩٨). أثر الإرشاد بالمعنى في خفض خواء المعنى لدى عينة من العميان. مجلة الإرشاد النفسي، القاهرة، العدد (٨)، ص ٣٢٥ - ٣٥٦.

٤٠- محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٧٤). دراسة مقارنة للحاجات النفسية لدى المكفوفين بصرياً والمبصرين. رسالة ماجستير، كلية التربية: جامعة عين شمس.

٤١- محمد عبد المؤمن (١٩٨٦). سيكولوجية غير العاديين. الإسكندرية: دار الفكر العربي.

٤٢- محمد عماد الدين إسماعيل ولويس كامل مليكه (١٩٧٦). مقياس وكسلر لذكاء الأطفال. القاهرة: دار النهضة.

٤٣- مصطفى فهمي (١٩٧٦). أمراض الكلام. القاهرة: مكتبة مصر.

٤٤- مصطفى فهمي (١٩٧٧). سيكولوجية الطفولة والمراهقة. القاهرة: مكتبة مصر.

٤٥- ملاك جرجس (١٩٨٧). المشكلات النفسية للطفل وطرق علاجها. القاهرة: دار الحرية للطبع والنشر.

٤٦- منال منصور بوحيمد (١٩٨٣). المعوقون. الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، إدارة التأليف والترجمة.

٤٧- هادي نعمان الهيتي (١٩٨٨). ثقافة الأطفال. الكويت: عالم المعرفة، العدد (١٢٣).

٤٨- وفاء عبد الجواد وعزة خليل عبد الفتاح (١٩٩٩). فعالية برنامج لخفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين سمعياً. مجلة علم النفس. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٥)، ص ٨٨ - ١١٢.

ثانياً- المراجع الأجنبية:

49- Barrof, G. (1978). Mental Retardation. 2 (ed), New York: Row Publisher, Inc.

50- Dale, F. Hay: (1986). Infancy. In: Mark, R. Rosezweing and Lyman, W. Porter. Annual Review of Psychology, U.S.A: California, V. (37), P135 - 161.

51- Denis Leigh, Pare, C.M.B. & John Marks (1982). A Concise Encyclopaedia of Psychiatry. England: M T P. Press, Ltd.

52- Dodds, A. (1993). Rehabilitation blind & visually improved people: A psychological approach. New York: Chapman Hall.

53- Engle, T.E. and Louis Snellgrove (1974). Psychology: Its principles and applications. 6(ed), New York: Harcourt Brace Jouvanovich, Inc.

54- Gerson, C.R., (1997). Detecting Potential hearing problems in young children. Healthy child care American, 1(3), 3 - 4.

55- Hehn, Q.R. (1989). The effects of individualized program of physical activity upon the self - concept, self - help and social behavior skills of profoundly and severely mentally retarded adolescents. Dessertion Abstract International, 99, (7), 1765 - A.

56- John, W. and Allen, L. (1993). Psychology, The Context and Behavior, U.S.A: Brown Communications Inc.

57- Leving, E. (1981). The ecology of early deafness. New York: Colombia University.

58- Morgan, B & Leung, P(1980). Effects of assertion training on acceptance of disability by physically disabled student. Journal of Counseling Psychology.

59- Nihira, K., Meyeres, C. & Mink, L. (1980). Home environment, Family adjustment and the development of Mentally retarded children. Applied Research in Mental Retardation, 1(1-2), 5-24.

60- René, V.Dawis, Rosemary, T.Fruehling & Neild, B. Oldham (1989). Psychology: Human relations and work adjustment. New York: McGraw - Hill Book Company.

61- Safwat Farag. (1995). Mental Retardation in Egypt: Present Situation and future expectations. Derásat Nafseysah, Cairo: The Egyptian Psychologists Association, N(1), V. (5), P167 - 180.

62- Shenouda, N. (1990). Cognitive behavior therapy in the treatment of aggression behavior with the developmentally disabled: A comparative Study. D.A.V. (50), (A).

63- Tredgold, R.F. et al (1963). Tredgold's Text Book of Mental Deficiency, 10 (ed), London: Bailliere, Tindall & Cox.

64- Tur, A (1968). Know your child. 2 (ed), Translated by: Miriam Katz, Moscow: Mir Publishers.

65- World Health Organization (1992). The International Classification of Disease: Classification of Mental and Behavior disorder. Geneva.

الفصل السادس

رعاية الإسلام وتربيته لبعض فئات ذوي الاحتياجات الخاصة.

مقدمة:

ذوو الاحتياجات الخاصة عبر التاريخ:

على جدار معبد مصري قديم عثر على رسم (عمره خمسة آلاف سنة) لطفل فرعوني مشلول الساق، قال عنه المختصون في الطب هذا هو شلل الأطفال، وعلى قوالب الطين التي خلفها البابليون ممن سكنوا أرض ما بين النهرين سجل "حمورابي" ملك البابليين قوانين الجزاء والعقاب كما سجل طريق علاج مبتوري الأطراف وفاقدي البصر. كما احتوت أوراق البردي المصرية على بعض إشارات لاضطرابات عقلية. إذ في حوالي سنة ١٥٠٠ قبل الميلاد ذكرت تلك الأوراق على سبيل المثال ملاحظات عن تغيرات مرحلة الشيخوخة تضمنت الاكتئاب وضعف الذاكرة. وربما كانت هذه الملاحظات قد بنيت في ذلك الماضي البعيد على أساس من الملاحظات التشريحية، وأيضاً النفسية. خصوصاً وقد أثبت أحد علماء التشريح الحديثين وجود تصلب في شرايين المخ داخل جماجم المومياوات المصرية.

وتحت التراب في أرض (بيرو) من قارة أمريكا الجنوبية عثر الأثريون على عظام جمجمة لرجل قديم تحمل ملامح ثقب مقصود منتظم الحواشي قيل عنه أنه أثر للعملية الجراحية التي كان الأطباء البدائيون هناك يقومون بعملها من أجل علاج مرضى العقول حيث يثقبون جماجمهم لإفراغها (على حد زعمهم واعتقادهم) من الأرواح الشريرة التي تسكنها.

وقيل أيضاً أن أول الحالات الحقيقية للمرض العقلي قد ورد في كتب العهد القديم بما فيها (التوراة)، حيث ذكر فيها مثالان شهيران على الأقل من تلك الحالات، إذ جاء اسم (شاؤول) الذي كان يظن أن المرض العقلي أصابه بواسطة روح شريرة أرسلها الله إليه. كما جاء اسم "نبوخذ نصر" وهو

الملك الذي أعاد بناءً بابل والذي كان يعاني بعد ذلك من هذاء معتقد وهمي مضمونه أنه انقلب إلى ذئب مفترس.

كما كان الصرع أكثر الأمراض معرفة خصوصاً لدى القدماء. حيث كانوا يطلقون عليه اسم (المرض المقدس أو الإلهي) وكان "قمبيز" ملك إيران من الأمثلة البارزة للمصابين به. وكل ما سبق إنما يمثل جزء من تراث من آلاف السنين، لا ندري هل تركه لنا القدماء السابقون عن عمد، أم خلفتها لنا الصدفة؟. ولكنها على كل حال تحكي لنا قصة ذوي الاحتياجات الخاصة وتؤكد أن قضيتهم قضية قديمة قدم البشرية.

وعبر العصور، ومن جيل إلى جيل، لم تكن الإعاقة أمراً مقبولاً، حيث أولت المجتمعات القديمة الكمال البدني اهتماماً كبيراً، ولا عجب في ذلك، فقد كانت طبيعة الحياة في تلك المجتمعات تتطلب من الفرد أن يعتمد على قوته البدنية في أداء الأعمال المتعلقة بالزراعة والبناء والحرف المختلفة. بالإضافة إلى ما اشتهرت به بعض المجتمعات من سيطرة الروح العسكرية عليها كما في روما وإسبرطة وأثينا حيث إن أهمية الفرد كانت تُحدد بدرجة قوته على تحمل المهام القتالية. لذا فقد كان الفرد السليم القوي البنية هو الذي يحظى بتقدير واعتراف المجتمع. أما الفرد المعتل الصحة أو الذي يعاني من أي نوع من أنواع القصور الجسمي أو الحسي، فقد كان يُهمل ويلفظ من المجتمع. وقد أطلق على هذه المرحلة اسم "مرحلة العزل".

لقد كان المكفوفون في بعض مراكز الحضارة الغربية القديمة مثل (إسبرطة وأثينا وروما) يهملون ويعزلون عن الحياة العامة ويتركون ليموتوا بأساليب مختلفة. والأدهى أن هذا التصرف كان تصرفاً مشروعاً في ذلك الوقت ولقد أيده - للأسف - الكثير من الفلاسفة أمثال أفلاطون وأرسطو وغيرهم.

كما أن المجتمعات البدائية فيما مضى، كانت تقوم على أساس الصراع مع البيئة من أجل الحصول على قوتها. وكان لزاماً على الضعيف أن يترك الساحة للقوي، حيث ساد هذه المجتمعات مبدأ البقاء للأقوى، ومن ثم تعرض المعاقون للهلاك تخلصاً منهم لعجزهم عن مسايرة المجتمع الذي يعيشون فيه وهم عالة عليه.

وفي مرحلة تاريخية مبكرة اعتبر المعاق مخلوقاً بشرياً ناقصاً يعيش عالة على المجتمع، ويستهلك دون عطاء، ولهذا اعتبر المعاقون (نفايات بشرية)، تستنفد طاقة المجتمع دون أن تسهم فيه.

التربية الخاصة وذوو الاحتياجات الخاصة:

أشارت الدراسات الأنثروبولوجية إلى أن الإغريق والرومان عاملوا المتخلفين عقلياً معاملة قاسية، واعتبروهم منبوذين من المجتمع، ومكروهين في أسرهم في حين أشفق عليهم المسيحيون في العصور الوسطى واعتقدوا أنهم على صلة بالرب، يتلقون منه الوحي (نظرة متأخرة متخلفة) فاهتموا بثرثرتهم، واعتبروها إلهاماً من عند الله. ويبدو أنهم تأثروا في هذا الاعتقاد بما جاء في (التلمود) من أن "النبوة سوف تؤخذ يوم القيامة وتعطي للحمقى".

أما الكنيسة فقد كانت تصدر حكمها على المتخلفين عقلياً لاتصالهم بالشيطان، لهذا سجنوهم وكبلوهم وعذبوهم وأذاقوهم ألوان العذاب لعل الشيطان يهرب من الجسد المعذب. والأغرب من ذلك أن الكنيسة المسيحية أصدرت أمراً حينها بعدم مساعدة الكفيف، لأن في هذا معارضة لإرادة الله الذي قدر له أن يكون كفيفاً، بل اعتبرت مساعدة الكفيف كفراً ليس بعده كفر، كذلك في مستهل العصر المسيحي دعا أحد العلماء الإغريق إلى استعمال التجويع والتقييد بالأغلال والجلد بالسياط لعلاج ذوي الاحتياجات الخاصة.

كما تُرك علاج المرض العقلي في أوروبا - فترة القرون الوسطى أيضاً - في أيدي رجال الدين، فشاعت المعتقدات الخرافية عن فعالية السحر وغيره، كانوا يحجزون المرضى في أماكن غير متوفر فيها الشروط الصحية، وكانوا يعرضونهم للمعاملة السيئة وأخفها التقييد بالأغلال المثبتة بالحوائط لمدد قد تصل إلى عشرات السنين، وكانت هذه الأماكن بعيدة عن المستشفيات العادية، مما أدى إلى فصل المرض العقلي عن الأمراض الأخرى.

وعودة إلى الإغريق حيث نجد أن "أفلاطون" في جمهوريته نصح بألا يظهر أي مصاب بالمرض العقلي في طرقات المدينة، بل لا مكان في جمهوريته إلا لصحيح البنية. أما "ليكورجوس" الإسبرطي الذي قيل عنه أنه وضع تشريع "إسبرطة" حسبما تصفه الرواية التاريخية، فقد كان يرى أن كل من ينجب طفلاً ينبغي أن يكون على قدر من الجمال والصحة، ولا تترك للأب حرية تربية أي أطفال كما يريد، وإنما يُلزم أن يحمل الطفل إلى مكان يدعى (ليسكيه Lesche) لفحصه من قبل شيوخ القبائل الذين يجتمعون هناك، فإذا كان الطفل قوياً ومتجانس الأعضاء يعطون الأوامر بتعليمه، أما إذا كان ضعيفاً ومشوهاً فيأمرون بأن يلقى في مكان يدعى (أبوثيتات Apothetate) وهو كهف عميق قريب من جبل (تايجيتوس Taygetus) الأمر الذي يفهم منه أن حياته لن تكون نافعة له، ولا للمصلحة العامة، مادامت الطبيعة لم تمنحه منذ البداية القوة أو سلامة البنية.

أما في عصر النهضة فقد نادى (البروتستانتيون) بمسئولية الفرد عن أفعاله، ولم يعفوا المتخلفين عقلياً من هذه المسئولية، واضطهدوهم أينما وجدوهم، وسماهم "مارتن لوثر" (أعداء الله)، وسماهم العامة (أولاد الشياطين) وزعموا أن أرواحاً شريرة لبست أبدانهم، وعاقبوهم على أفعالهم بأبشع أساليب العقاب، فحرقوهم بالنار وعذبوهم بقسوة لطرد (روح الشر)،

لذا كان عصر النهضة أسوأ عصر بالنسبة لرعاية المتخلفين عقلياً، وقد سمي بعصر السلاسل والحديد.

ومع بداية القرن (١٩) بدأ الاهتمام برعاية المتخلفين عقلياً حيث نادى كثير من العلماء - أصحاب النزعة الإنسانية - بضرورة توفير الحياة الكريمة لهم. وظهر هذا الاهتمام في كتاب (المعتوهين) لـ "بلهوم" عام (١٨٢٤). ثم حدثت نكسة في هذا الميدان عندما فشل "إيتارد" في تعليم طفل الغابة المتوحش عام (١٨٣٠) ونادى باستحالة شفاء المتخلفين عقلياً وعدم جدوى تربيتهم.

كما حدثت نكسة ثانية أصابت المتخلفين عقلياً في مقتل عندما فشل "جاكوب جيجنبول Jacob Guggenbuhl" الذي أطلقوا عليه الأب الروحي للمتخلفين عقلياً في علاج المتخلفين عقلياً من خلال مدرسة (إدينبرج) التي أسسها في النمسا بغرض رعايتهم، مما أدى إلى اعتقاد الآباء والأمهات بأنه خدعهم وضللهم، فتخلوا عن دعوته، وطالبوا حكوماتهم بمحاكمته وطرده من بلادهم. ونتيجة لهذا انصرف العلماء عن فكرة علاج التخلف العقلي لاعتقادهم بعقم الأبحاث فيه واستحالة الشفاء منه.

مبررات إساءة معاملة الأطفال المعاقين في المجتمعات القديمة:

توجد روايات تاريخية وصفية تذهب إلى ما قبل العصور السابقة - قبل العصور الوسطى - وكلها تصف الأسباب والمبررات التي كانت سائدة في هذه المجتمعات، ولعل أهم هذه المبررات ما يلي:

المبرر الأول:

ويطلق عليه (مذهب المنفعة) الذي يرى أن الأعمال تكون صالحة إذا كانت نافعة وتحقق التميز والنفع لأكبر عدد من الناس. وكان يعتمد على

الاحتياجات العامة للمجموعة الاجتماعية، فإذا ولد طفل معوق فمعنى هذا أنه يتطلب رعاية أكبر من شخص آخر في الجماعة. وبذلك فهو يمثل عائقاً للمجتمع، وبذلك يحدث تحويل للقوة العاملة المتمثلة في الأشخاص أقوياء البنية، هذا التحويل ينتج عنه أنهم يهجرون أعمالهم لرعاية المعوقين بدلاً من قيامهم بالمهام التي تؤدي إلى بقائهم على وجه الحياة.

وقد كانت هناك عدة طرق للتخلص - وفقاً لهذا المذهب - من الأطفال المعاقين سواء أكانت إعاقات حسية أم عقلية أم انفعالية، وذلك بتركهم وحيدين حتى يموتوا في الغابات أو الصحاري أو الجبال، أو يُدفعون نحو الموت دفعاً وذلك باستخدام السلاح أو إلقائهم من أعلى المنحدرات الصخرية على الشواطئ أو الأنهار أو دفنهم أحياء أو تركهم في مناطق بها حيوانات متوحشة سوف تلتهمهم.

المبرر الثاني:

ويطلق عليه (مذهب قيمة النظم المجتمعية). هذا المذهب كان واضحاً في الثقافات الرومانية والإغريقية، حيث أنهم لم يكونوا يعترفون إلا بالقوة والجمال والذكاء، لدرجة أن "أرسطو" قد أعلن أن أي شيء قد يكون به عيب أو نقص يجب ألا نسمح له بأن ينمو ويكبر. وأصبح بذلك قانوناً في اليونان يسمح بقتل كل الأطفال غير الكاملين (أي كل من كانت به إعاقة).

المبرر الثالث:

أما عن المبرر الثالث لسوء معاملة المعاقين فيرجع إلى الاعتقاد بمبدأ (أنه خارق للطبيعة) وأن كل طفل يولد معوق فذاك معناه أن الآلهة أو الأرواح تعاقب بذلك الوالدين الآثمين كي يكفروا عن خطاياهم، وهذا يتطلب من الوالدين - وفق هذا الاعتقاد - التخلص من الأطفال المعوقين بأية طريقة.

بعض نماذج معاملة المعوقين ورعايتهم في المجتمعات الحالية:

رغم التطور الحادث الآن في كل بلاد العالم من حيث الاهتمام والرعاية والعناية بذوي الاحتياجات الخاصة، منذ الثمانينات على وجه الخصوص وامتداداً إلى الوقت الحالي من الألفية الثالثة إلا أنه للأسف لا تزال هناك بين ظهرانينا بعض المجتمعات التي لا تزل تنظر إلى ذوي الاحتياجات الخاصة نظرة متدنية، وأقل ما يمكن أن توصف بها أنها لا تليق بسلوك الحيوانات الدنيا والتي لا يمكن أن تفعل ما يفعله الإنسان ببني جنسه.

لقد ثبت للعلماء أن الحيوانات لا يمكنها أن تفعل ما يفعله الإنسان العاقل الواعي، فالذئب الصحيح لا يهاجم ذئب معوق جسدياً، وبالمثل يفعل الشمبانزي وأسماك القرش، أما على المستوى البشري، فهيا نرى ما تفعله بعض القبائل في جهات متفرقة من العالم بذوي الاحتياجات الخاصة:

١- قبائل (الورينو الهندية) تتخلى عن المرضى والمعاقين أو تهجرهم أو تقتلهم.

٢- قبائل (الكاجان الأفريقية) ترى أن كل ذي علة متصل بالأرواح الشريرة وأنها تسكنه، لهذا فلا يجرؤ أحد منهم على إيذاء ذا العلة مهما كانت درجة إعاقته.

٣- قبائل (النافوجو) يرون أن المعاقين ما هم إلا مسخ يجب السخرية منهم، وهم يطلقون عليهم أسماء تهكمية.

٤- قبائل (السماناجاز) أعلنت بوضوح أنه لابد من عزل أو قتل أي فرد من المعاقين مهما كانت حالة إعاقته.

٥- عشيرة (البالوج) وهي في الشرق الأقصى من الهند اعتبرت أن المعوق مرسل من عند الإله ولذا يجب الاعتناء به وتبجيله، ولذا فقد اتخذوه شيخاً لهم.

٦- قبائل (الديدي) في أستراليا كانوا يقومون بقتل الأطفال المشوهين والمعاقين.

الإسلام وذوو الاحتياجات الخاصة:

لم ينظر الإسلام لذوي الاحتياجات الخاصة مثلما نظرت له كل المجتمعات، فلم يعتبرهم آلهة فيكرمهم ويمجدهم، ولم يعتبرهم مسخة فيسخر منهم ويهزأ بهم ويتطاول عليهم، لم ينظر لهم باعتبارهم معوقين للمجتمع، ولا عالة عليه، لم يراهم كحيوانات نكرة يمكن التخلص منها بسهولة ودون أدنى إحساس بوخز ضمير باعتبار أنهم حثالة ولا قيمة لهم.

فمنذ أكثر من ١٤٢٣ عام أوجب الإسلام العدل وحرم الظلم وجعل من تعاليمه السامية وقيمه الرفيعة من المودة والرحمة والتعاون والإيثار والتضحية وإنكار الذات، ما يلطف الحياة ويستعطف القلوب ويؤاخي بين الإنسان وأخيه الإنسان وهو بعد ذلك كله احترم العقل الإنساني وقدر الفكر البشري.

لقد دعا الإسلام إلى أن تكون العلاقة بين الأفراد والجماعات علاقة سلام وأمان. وتعدى ذلك كله ليدعو إلى احترام الإنسان وتكريمه من حيث هو إنسان، بقطع النظر عن جنسه ولونه ودينه ولغته ومركزه الاجتماعي ووطنه وقوميته.

لقد كفل الإسلام للإنسان (صحيحاً أم سقيماً) جميع الحقوق وأوجب حمايتها وصيانتها ومن هذه الحقوق:

١- حق الحياة: لكل فرد حق صيانة نفسه وحماية ذاته فلا يحل الاعتداء عليها إلا إذا قتل أو أفسد في الأرض فساداً يستوجب القتل.

٢- حق صيانة المال: فكما أن النفس معصومة فكذلك المال.

٣- حق التعرض: لا يحل انتهاك العرض حتى ولا بكلمة نابية. يقول الله تعالى:

﴿وَيْلٌ لِّكُلِّ هُمَزَةٍ لُّمَزَةٍ﴾ [سُورَةُ الهُمَزَة : ١]

٤- حق الحرية: حرية العبادة والفكر وغير ذلك، وأوجب على الدولة المحافظة على جميع هذه الحقوق.

وعلى الرغم من رعاية الإسلام للإنسان صحيحاً وسقيماً، وعلى الرغم من كل الحقوق التي كفلها الإسلام للإنسان، فلم ينسَ ذوي الاحتياجات الخاصة. لقد كان المعاقون في ظل الإسلام أسعد حظاً من المعاقين في أوروبا في القرن الثالث عشر، ففي حين اقتصرت الخدمات التي تقدمها الكنائس والتي يقدمها الأغنياء للفقراء والمعاقين على المأوى والمأكل دون التعليم والتأهيل، فإنه بالإضافة إلى بيت مال المسلمين في زمن الرسول والخلفاء الراشدين، والتكايا والنزل التي انتشرت فيما بعد في معظم البلاد الإسلامية، والتي كانت تعني بتوفير احتياجات هذه الفئة من الناس من المأوى والملبس والمأكل وتغنيهم عن سؤال الناس، انتشرت الكتاتيب والمدارس وكان معظمها يتبع المساجد أو ملحقاً بها، وكانت تضم المعاقين بصرياً على وجه الخصوص حيث أتيحت لهم فرصة دراسة العلوم الدينية جنباً إلى جنب مع إخوانهم المبصرين، وبالتالي فإن هذه الدراسة إضافة إلى حفظ وتلاوة القرآن الكريم أتاحت لهؤلاء المعاقين بصرياً. وفي زمن مبكر من عصر الدولة الإسلامية فرصة الحصول على عمل أو وظيفة تتلاءم مع طبيعة الدراسة التي حصلوا

عليها والعلوم التي أجادوها في هذه المدارس، ولهذا فقد عمل المكفوفون بالقضاء والتشريع وبالمساجد والآذان فيها، وغيرها من الأعمال التي تتناسب مع طبيعتهم.

ولم يقف الأمر على هذا فقد أوجب الإسلام رعاية المتخلفين على ذويهم وأقاربهم وولاة الأمر في المجتمع، وحث كل مسلم على احترام آدميتهم، وتوفير الحياة الكريمة لهم. فهم ضعاف يجب على الأذكياء والأغنياء حمايتهم ورعايتهم وفي هذا يقول رسول الإنسانية جمعاء محمد ﷺ : "أبغوني في الضعفاء، فإنما تنصرون وترزقون بضعفائكم". إن هذا الحديث إنما يبرز معنى عظيم يمثل عظمة الإسلام وهي أن بغية وطلب الرسول إنما تكون في الضعفاء، ومن هؤلاء الضعفاء؟ إنهم ذوي الاحتياجات الخاصة، وقد بلغ الحديث حداً عظيماً من حيث وجهة النظر إلى هؤلاء الضعفاء حيث أشار إلى أن النصر والرزق لا يكونان إلا بالعناية بالضعفاء، وهذا يحبذ المسلمون نحوهم مادام المقابل في النهاية النصر والرزق الزيادة.

وإذا كان الإسلام قد شمل ذوي الاحتياجات الخاصة بالأهمية والرعاية، إلا أنه لم يسكت عن بعض الفئات منها على سبيل المثال المكفوفون والعرج والمتخلفون عقلياً والمصروعون، وهم ما سوف نتناولهم بشيء من التفصيل البسيط في سياق هذه الدراسة. وفي هذا الصدد يهمنا أن نذكر حديث الرسول ﷺ إذ يقول "ترك السلام على الضرير خيانة" الضرير الذي لا يرى ما يدور حوله ألزم الإسلام رد السلام عليه، وهو أدب يلزم المبصر ألا يتجاهل أخاه المسلم المكفوف. وفي هذا يرى بعض العلماء أن الحديث لا يقتصر على السلام فقط، بل يشير إلى خطورة إهمال المبصر لحق الكفيف. إنه حق أوجبه الله للكفيف، وما ينطق عن الهوى، فكل كلامه ﷺ ، من قبل الوحي

المنزل على عظمته من فوق سبع سماوات. فأي تقدير هذا لفئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة.

وقد سار المسلمون على الدرب، بداية من الخلفاء الراشدين من تلاهم، فلم يهملوهم، ولم تكن نظرتهم لهم أنهم دونهم وأنهم لا مكانة بينهم، والتاريخ الإسلامي حافل بمواقف عظيمة، وتربية كريمة، لأناس كانوا في عصور سابقة يلقون الاحتقار والإهمال. وهو ما سوف نتناوله في سياق هذه الدراسة.

فها هو عمر بن الخطاب رضي الله عنه،والذي قال عنه الرسول ﷺ لو كان بعدي نبياً لكان عمر بن الخطاب، عمر هذا لم ينادِ في جمهوريته الإسلامية بمذاهب المنفعة العامة ولا النظم الاجتماعية ولا غيرها، ولا بعزل أصحاب الفئات الخاصة وضرورة خلو الطرقات منهم وإلا عوقب أهلهم لسماحهم لهم بهذا أو لأنهم سهواً عنهم فخرجوا للطرقات.

لقد خرج عمر يوماً، فإذا بشيخ يهودي ضرير يسأل على الأبواب فسأله عمر: ما ألجأك إلى ما أرى؟ قال الرجل اليهودي: الجزية والحاجة والسن. وهنا تحركت المشاعر الإنسانية (الإسلامية) العامرة عند عمر رضي الله عنه، فقاده حتى وصل به إلى بيته، وأضفى عليه من رحمته وعطفه، وأمر بصدقة له من بيت المال تكفيه. وقال خازن بين المال: انظر هذا وضرباءه، فوالله ما أنصفناه إن أكلنا شبيبته ثم نخره عند الهرم.

إن عمر يعلم عداوة اليهود للمسلمين وحقدهم المرير على الإسلام وفتنهم السوداء بين الناس، ومع ذلك لم تمنعه إنسانيته ولا إسلامه من الأخذ بيد هذا الضرير ومنحه ما يصون له إنسانيته، ويحفظ عليه آدميته، وينأى به ذل السؤال.

لم تدفعه لذلك مشاركة في دين أو جنس أو نسب أو حسب وإنما دفعته روح الإسلام السامية التي صهرت المجتمع الإنساني كله في بوتقة واحدة

فجعلت كل بني الإنسان سواسية لا يتفاضلون إلا بالتقوى والعمل الصالح. وها هو علي بن أبي طالب رضي الله عنه يقول وهو يوصي "الأشتر النخعي" الذي وصف بأنه كان من أبرز قادة جيشه: أشعر قلبك الرحمة للرعية والمحبة لهم واللطف بهم، ولا تكونن عليهم سبعاً ضارياً فتغتنم أكلهم، فإنهم صنفان: إما أخ لك في الدين وإما نظير لك في الخلق. أنصف الناس من نفسك ومن خاصة أهلك، ومن لك فيه هوى من رعيتك... ثم الله الله في الطبقة السفلى من الذين لا حيلة لهم من المساكين والمحتاجين وأهل البؤس (شدة الفقرة) والزمني (أصحاب الأمراض المزمنة: العاهات) فإن في هذه الطبقة قانعاً (سائلاً) ومعتراً (المتعرض للعطاء بلا سؤال) واحفظ الله ما استحفظك من حقه فيهم، واجعل لهم قسماً من بيت مالك، وقسماً من غلات ضواحي الإسلام (الأرض التي استصفاها لمسلمون عند الفتح لبيت المال، وكانت في الغالب مملوكة للملوك أو لكبار القادة الذين بادوا أو هربوا ولم يدخلوا في السلم) في كل بلد فإن للقاضي منهم مثل الداني، وكل قد استرعيت حقه، فلا يشغلك عنهم بطر (طغيان بالنعمة)، ولا تفقد أمور من لا يصل إليك منهم، ممن تقتحمه العيون، وتحقره الرجال، ففرغ لأولئك ثقتك من أهل الخشية والتواضع، فليرفع إليك أمورهم".

إن هذه الوصية تؤكد بكل ما جاء فيها على أن الإسلام ما ترك كبيرة ولا صغيرة تخص الإنسان إلا وأكد على احترامه وعلى آدميته وتقديره ولا فرق بين قوي وضعيف وغني وفقير وسليم ومريض. إنه الدين الذي رفع عن الإنسان عبوديته ورق الماضي السحيق خصوصاً لذوي الاحتياجات الخاصة.

وبعد عمر وعلي رضي الله عنهما نشير على سبيل المثال لا الحصر إلى ما يؤكد على أن الإسلام والمسلمين لم يقصروا في حق هذه الفئات، فها هو عمر بن عبد العزيز الذي يقال عنه أنه خـ ن الخلفاء الراشدين لعدله

وحكمته وتشبهه بأخلاق الخلفاء السابقين، لقد بلغ من اهتمام عمر بن العبد العزيز بهذه الفئات أنه حث على عمل إحصاء للمعوقين، وخصص مرافقاً لكل كفيف وخادماً لكل مقعد لا يقوى على القيام وقوفاً أو أداء الصلاة وقوفاً. فهل حدث هذا على مر التاريخ سواء أكان قبل الإسلام أم بعده فعل هذا؟ من جعل مرافقاً لكل كفيف أو خادماً لكل عاجز أو مشلول؟ من وفر لذوي الاحتياجات الخاصة ما وفره لهم الإسلام؟

أي من غير الإسلام الذي قام بالدراسات التي أبرزت الاهتمام بالمعوقين، وتهيئة البيئة الصالحة لهم لتوافقهم وتكيفهم مع أقرانهم الأسوياء؟ فها هو ابن جماعة الذي أشار إلى وجوب المساواة بين الطلاب في عملية التعليم، وأكد أبو الفرج الجوزي على ضرورة الاهتمام بذوي القدرات العقلية الأقل مهما ضعفت، وإتاحة الفرصة أمامهم للتأهيل العلمي والمهني السليم.

وقد أسهم العلماء المسلمون مثل "ابن مسكوية" و"ابن حزم" و"ابن خلدون" وغيرهم في الاهتمام بالمعوقين وأوضحوا أهمية دور الأسرة في الوقاية المبكرة من الإعاقة وأهمية مراعاة الفروق الفردية بين المتعلمين فكان لهم السبق في رعاية هؤلاء المعوقين بدمجهم في البيئة التعليمية مع أقرانهم العاديين، مما أسهم في تكيفهم وتوافقهم مع المجتمع.

لقد عرف المسلمون الكثير من الأمراض النفسية والعقلية فكان لهم السبق في استخدام العلاج النفسي - قبل غيرهم - في علاجها وإنشاء مستشفيات الطب النفسي. وبرز في هذا المجال أطباء كثيرون من أمثال "ابن سينا" و"الرازي" وغيرهم.

وفي خاتمة القول في هذا الجزء من الدراسة، يجدر بنا أن نقول أنه ليس غريباً أن يكون الإسلام أول نظام ظهر على الأرض وهو يهدف إلى

تحقيق المجتمع الإنساني والسمو به، بل إنه النظام الوحيد الذي صنع ذلك وطبقه بلا حدود تتصل بالجنس أو اللون أو القبيلة أو الدولة أو الأمة. إنه نظام يرتقي فوق كل هذه الحدود، ويمزق بين بني الإنسان ما صنعوه من سدود وقيود، ويأخذهم برحمته إلى مجتمع الوحدة والتآلف والمحبة.

إن الإنسان لم يكرم في أي دين كما كرم في الإسلام، ولم ترفع شريعة من الشرائع الوضعية أو الدينية، (حقوق) الإنسان إلى مرتبة (الضرورات الشرعية الواجبة) كما رفعتها شريعة الإسلام. وهذا ما سوف نستبينه فيما بقى من سياق هذه الدراسة.

حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة:

عندما سن الله سبحانه وتعالى تشريعاته، وألزم بها عباده كي يقوموا بها، كان وهو الأعلم يعلم أن كل عبادة ليسوا على وتيرة واحدة كي يقوموا جميعهم بالالتزام بما سنه وأراده فمنهم الكفيف ومنهم الأصم ومنهم الأعرج ومنهم المريض وغير ذلك، لذا - وهو أرحم الراحمين - لم يساو بينهم فيما أوجبه على عباده، فالسوي صحيح البدن لا يتساوى في الحقوق مع المريض، والأعمى لا يستوي مع البصير، والذي يمكنه السير على قدميه والتنقل مع مكان إلى مكان في حرية وطلاقة غير القعيد رهين الكرسي أو المشلول بأحد قدميه أو من ينتقل على عكازين، والمصروع الذي يُصرع على فترات يختلف عمن لا تصيب عقله علات مرضية مثلما يصاب المصروع.

من أجل هذا رفع الله سبحانه وتعالى الحرج على الأعرج والأعمى والمريض والأصم وغيرهم ممن لن يمكنهم القيام بكامل الأعمال التي خلقوا من أجلها والتي تنصب في النهاية في بوتقة واحدة وهي عبادة الواحد الأحد.

غير أن هناك فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، قد رفع الله عنها كل شيء وهي فئة المتخلفين عقلياً، لغياب العقل الذي وجوده يعني كل التكاليف أو بعضها، وهي ما سوف نخصص لها هذا الجزء من سياق البحث الحالي، ذلك لأن الأعرج أو الكفيف أو المريض، صحيح أن الله رفع عنهم الحرج في تكاليف كثيرة من صوم وصلاة وزكاة وغير ذلك، غير أنهم يحوزون العقل ويدركون، فمنهم من يمكنه الصيام، ومنهم من يمكنه الحج أو الصلاة أو البيع أو الشراء، وغير ذلك كثير.

أما المتخلف عقلياً فلا يمكنه الصلاة ولا الصيام ولا الزكاة ولا الحج، بل إن الله رفع عنه القيام بها ولا تقبل منه، لأنه لا يعي ما هو مطلوب منه ولا يفهم لم يقوم به، فإذا كان الله لا يقبل صلاة من سكران ونهاه عن القرب منها، فكيف - وهو المشرع الأوحد الأرحم بعباده - يطلب أداءها من المتخلف عقلياً؟ إنه سيحاسب السكران على فعلته لحوزه العقل، أما المتخلف العقلي فقد رفع عنه القلم تماماً. وهذا ما سوف نتناوله في السطور التالية، بعد أن نشير لبعض المبادئ الإسلامية في التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة.

بعض مبادئ الإسلام في النظر إلى ذوي الاحتياجات الخاصة:

مناط العمل الخلقي لدى الإنسان هو المسئولية الخلقية التي من شروطها الإرادة الحرة التي تجعل الإنسان يقدم على الفعل أو يمتنع عنه، وهو بكامل قصده وحريته واختياره. والعقل السليم والوعي الكامل اللذان يمكنان الإنسان من التمييز بين الأشياء والأفعال ومن الاختيار الحكيم من بين البدائل المتعددة الممكنة للسلوك والتصرف، والقدرة العقلية والعاطفية والبدنية التي تمكن الإنسان من القيام بالفعل المرغوب خلقياً إذا أراده، والاعتقاد الجازم والقيام بالفعل حسب هذا الاعتقاد، وهي الشروط التي توجد المسئولية بوجودها، وتنتفي بانتفائها كلها أو بعضها.

وفي ضوء هذه الشروط، فإنه لا مسئولية مع عدم القصد، ولا مع الجبر والإكراه على الفعل، ولا مع الجنون أو فقدان الوعي أو التمييز أو الضعف العقلي، ولا مع العجز البدني أو العقلي أو النفسي. وبتوافر هذه الشروط تتحقق المسئولية الخلقية ويصبح الإنسان مسئولاً عن عمله وتصرفاته.

هذه الشروط تمثل المبادئ العامة للإسلام بصفة عامة نحو ذوي الاحتياجات الخاصة على وجه الخصوص ونحو العامة بشكل عام، فالإسلام يرفع التكليف والمسئولية والحساب عن كل من لا يستطيع القيام بالتكاليف التي شرعها الإسلام، والتي أنزلها الله سبحانه وتعالى حين حدد على وجه الخصوص وبشكل دقيق غاية الدقة، إذ يقول - وقوله الحق -:

﴿ لَا يُكَلِّفُ ٱللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا ..... ﴾ [البقرة: ٢٨٦]

إن هذا القول الرباني العظيم يعني أن التكليف يكون على من يستطيع، ويكون على قدر السعة والوسع، وعلى قدر القدرة والطاقة. وعلى هذا فالله سبحانه وتعالى لا يحاسب مع عدم القصد المريض كما يحاسب صحيح البنية، ولا يحاسب الأعرج كما يحاسب سليم الرجلين، ولا يحاسب المصروع أو المجنون كما يحاسب سليم العقل. وفيما يلي نعرض كيف سن الله من خلال الإسلام معاملة المتخلفين عقلياً ورعايتهم وكيف حدد حقوقهم.

التشريعات الوضعية وحقوق المتخلفين عقلياً:

إن الحياة لكل فرد من الأفراد مهمة، وقد تتبع المهمة لأفراد متعددين يكونون قطاعاً من المجتمع، لجانب من جوانب المجتمع، والمجتمع لا يقوم على جانب واحد. وقيمة كل امرئ بما يحسنه، لأن الفرد مادام يغطي جانباً من جوانب الحياة فوجوده ضروري، وكل فرد محتاج للآخر. ولذلك حينما يقول القرآن:

﴿لَا يَسْخَرْ قَوْمٌ مِّن قَوْمٍ عَسَىٰٓ أَن يَكُونُوا۟ خَيْرًا مِّنْهُمْ﴾ [الحجرات: ١١]

لا يقول ذلك جزافاً، لأن الإنسان حين يسخر من إنسان يسخر منه في ماذا؟ لأنه رأى مظهراً أو شكلاً دون مظهره أو شكله؟ يقول له القرآن لا تسخر منه ربما كانت له موهبته أو زاوية هو أفضل منك فيها. فإذا نظرت إلى إنسان في زاوية وهو أقل منك فابحث ما الزاوية الكاملة في ذلك الإنسان لتعوض النقص الذي وجد فيه؟.

إذن لابد أن يكون فيه كمال يعوض النقص فيه، ولابد أن يكون في أنا نقص في زاوية يعوض ذلك الكمال، لأنه لا يوجد أحد ابنا لله، بل نحن بالنسبة لله جميعاً متساوون، ولذا يخطئ الناس حينما يقسمون الناس إلى طبقات. فلا يوجد في الإسلام طبقات، وإنما توجد أعمال موزعة للناس، كل واحد يقو بقطاع من العمل، والإسلام يحدد قيمة كل امرئ بما يحسنه. إن الفرد في المجتمع مرفوع فيما يجيد وفيما يحسن، ومرفوع عليه فيما لا يجيده و يحسنه، وكل واحد منا فاضل في جهة ومفضول عليه في جهة.

لقد أردت بهذه المقدمة أن أمهد لما كانت عليه التشريعات الوضعية التي وضعها البشر من قوانينهم وهم يتعاملون بالذات مع فئة المتخلفين عقلياً. لقد نظروا إليهم على أنهم دونهم، وأنهم حثالة وينبغي التخلص منهم، مع تحقيرهم والسخرية منهم.

ولقد نظروا للمتخلفين عقلياً على أنهم ذوو نقص، وأنهم فوقهم وأفضل منهم، من أجل هذا نراهم إذا لم يقتلوهم أو يدفنوهم أحياء، يعزلونهم في الملاجئ ودور الرعاية بعيداً عن الناس وكأنهم شر ذمة لا قيمة لهم. بل مما يندي له الجبين أنهم أباحوا في قوانينهم خصي الذكور منهم، وإزالة الرحم من النساء، بل أنكروا عليهم حقوقهم في الزواج والإنجاب وتربية الأطفال،

كما زعم المشرعون لهذه القوانين أن المتخلفين عقلياً منحطون، ودون مستوى البشر، ومن حق المجتمع حماية نفسه من أذاهم بسن القوانين التي تحرم عليهم الزواج والإنجاب.

الإسلام وحقوق المتخلفين عقلياً:..

إذا كانت منظمة الأمم المتحدة قد نادت مؤخراً - خصوصاً منذ بداية الثمانينات - بحقوق المتخلفين عقلياً وأكدت أن لهم كافة الحقوق التي لسائر البشر، والحق في الرعاية الطبية والعلاج والتدريب والتأهيل بالدرجة التي تسمح لهم بتنمية قدراتهم وطاقاتهم لأقصى درجة ممكنة، وأن لهم حق الضمان الاقتصادي ومستوى معيشي مناسب وكذلك الحق في العيش مع أسرهم الطبيعيين أو البديلين بصورة طبيعية، فإن الإسلام فعل كل هذا قبل أكثر من ١٤٢٣ سنة وأضاف على ما سبق أن جعل الولاية عليهم في النفس والمال والزواج لآبائهم وأولي الأمر في المجتمع مدى الحياة، كما وضع القوانين التي تضمن لهمن الحياة الإنسانية الكريمة وحث على عدم ظلمهم، ومساعدتهم في الحصول على حقوقهم في العمل والزواج والإنجاب وفي حدود ما تسمح به قدراتهم وظروفهم الاجتماعية والأسرية. وفيما يلي عرض موجز لبعض ما كفله لهم الإسلام ولم تكفله لهم التشريعات الأخرى..

المسئولية الدينية لدى المتخلف العقلي:..

إذا كان الله عز وجل وتقدست أسماؤه قد أكد في محكم آياته على أنه لم يخلقنا لا نحن والجن إلا من أجل عبادته وحده لا شريك له، فإن الأمر يختلف تماماً لدى المتخلف العقلي أو ما يسمى بالمجنون، إذ يقول من لا ينطق عن الهوى الرسول ﷺ : "رفع القلم عن ثلاث: عن المجنون حتى يفيق وعن الصبي حتى يدرك وعن النائم حتى يستيقظ"، الحديث ببساطة شديدة

يعفي من لا عقل له، ومن كان عقله غير ناضج عن المسئولية الكاملة عن السلوك غير السوي، لأن المؤاخذ هو العقل فقط.

ولما كان المؤاخذ هو العقل، لذا فالمجنون لا صلاة عليه، ولن تكون هي أول ما يحاسب عليه يوم القيامة لقوله ﷺ : "أول ما يحاسب عليه المرء يوم القيامة الصلاة، فإن صلحت صلح العمل كله وإن فسدت فسد العمل كله". كما أسقط الله عنه حق عبادته لانتفاء صفة العقل عنه ولن تكون العبادة ومنها الصلاة واجبة عليه لأنه قاصر العقل. وبذا فإن قول الله عز وجل:

﴿ وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ ﴾ [الذاريات: ٥٦]

لا ينطبق عليه، لأنه من الإنس غير ذي الأهلية وغير ذي وعي أوفهم أو إدراك.

ورفع القلم في حد ذاته يؤكد على أن الله لا يسجل عليه أية سلوكيات أو أفعال أو غير ذلك مما لا يرفع عنه القلم لمن كان ذا عقل ويدرك ويفهم ويعي لكل ما يدور حوله، وبالنسبة لأداء فريضة الصيام فالمجنون وفقاً لشريعة الإسلام لا يجوز له صيام وإن مضى عليه سنون ولا يلزم قضاء ما مضى.

ولا يصح منه إحرام ولو أحرم لم ينعقد إحرامه لأنه من غير أهل العبادات، ويكون حكمه حكم من لم يحرم. وبالنسبة للوضوء يقول الرسول ﷺ : "إذا استيقظ أحدكم من نومه فليغسل يديه قبل أن يدخلهما الإناء ثلاثاً فإن أحدكم لا يدري أين باتت" وفي لفظ مسلم "فلا يغمس يديه في وضوء حتى يغسلهما ثلاثاً". وهذا يعني أنه بالنسبة للمجنون لا يؤثر غمسه، لأن المنع من الغمس إنما يثبت بالخطاب ولا خطاب فيحق المجنون، ولأن وجوب الغسل هاهنا تعبد، ولا تعبد في حق هؤلاء، ولأن غمسهم لو أثر في

الماء لأثر في جميع زمانهم، لأن الغسل المزيل من حكم المنع من شرطه النية وما هم من أهلها.

وبالنسبة للزكاة فإنها لا تجب كما يرى أهل العلم إلا على كل مسلم حر تام الملك، لذا فإن المجنون يخرج عنه وليه الزكاة. وقد قال بذلك كثيرون منهم عمرو علي وابن عمر وأم المؤمنين عائشة والحسن بن علي وجاب رضي الله عنهم أجمعين.

وأخيراً نعود للصلاة التي رفع عنهم الالتزام بها لظروفهم العقلية لنؤكد على أن الإسلام يعامل حالات التخلف العقلي المتوسط(*) والشديد والعميق معاملة الأطفال غير المميزين، لأن نموهم العقلي يتوقف في مستوى دون سن التمييز.

أما حالات التخلف العقلي البسيط فتعامل في العبادات معاملة الأطفال المميزين أي من سن ٧ - ١٤ سنة لأن نموهم العقلي يتوقف دون سن

(*) ركز تصنيف درجات التخلف العقلي على العيوب في درجة الذكاء والقدرات التكليفية. ويتضمن الإطار التصنيفي الذي تستخدمه الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR) أربعة مستويات للتخلف العقلي ويميز بينها بناءً على درجة الذكاء المقاس والكفاءة السلوكية، وفيما يلي هذا التصنيف:

١- يعد التخلف العقلي بسيطاً عندما تتراوح درجة الذكاء بين (٥٥ - ٦٩) على اختبارات الذكاء ذات الانحراف المعياري (١٥) والذي يستطيع المصابون به تطوير مهارات اجتماعية ومهارات اتصال وتكوين إصابتهم في المجالات الجسمية لا الحركية بسيطة جداً.
٢- التخلف العقلي المتوسط: يتميز بدرجة ذكاء ما بين (٤٠ - ٥٤) وبالقدرة على الكلام و/أو الاتصال. وهم لديهم مهارات حركية مقبولة ووعي اجتماعي ضعيف، وهم غالباً بحاجة إلى درجة من الإشراف المستمر.
٣- التخلف العقلي الشديد: يتميز بدرجة ذكاء ما بين (٢٥- ٣٩) وضعف في النمو الحركي وحد أدنى من اللغة ومهارات الاتصال ويحتاجون إلى إشراف مباشر (٤).
٤- التخلف العقلي الشديد جداً (الاعتمادي) يتصف بدرجة ذكاء أقل من (٢٥) وبحد أدنى من القدرات الحركية والحسية والقدرة على الاتصال شبه معدومة وهناك حاجة إلى وجود عناية مركزة.

التكليف، ومع هذا يطلب منه القيام بالصلاة والصوم والحج والزكاة وغير ذلك والنطق بالشهادتين في المراهقة والرشد، ويعتبر قيامهم بهذه العبادات من الأعمال المستحبة من الناحية الشرعية ومن الأعمال التي تساعد على دمجهم في المجتمع.

المسئولية المدنية للمتخلف عقلياً:

إذا كانت الشريعة أقرت على عدم جواز محاسبة المريض العقلي، إلا أنها شرعت أن يتحمل المريض العقلي المسئولية المدنية عن جرائمه وعن الأضرار التي لحقت بالمجني عليه، وذلك على الرغم من أنها لم تكن مقصودة أو متعمدة. وفي ذلك يقول (ابن قدامة): "عمد الصبي والمجنون والمعتوه خطأ يحمله العاقلة" ومعنى هذا أن ما ينتج عن المتخلف عقلياً من أفعال أو أضرار تصيب الآخرين، فإنهم يعوضبون من ماله الخاص، إذا كان ذا مال أو من مال أسرته أو عائلته، لأن حقوق العباد لا تسقط بالأعذار.

المسئولية الجنائية للمتخلف عقلياً:

اشترطت الشريعة الإسلامية في تحقيق المسئولية الجنائية على العموم أن يكون الجاني عاقلاً بالغاً مختاراً، ولذلك فلا جناية من صبي ولا مجنون ولا من نائم ولا مغمى عليه ولا سكران. وحتى نعرف قدر الإسلام في تقدير تلك الفئة نلقى نظرة تاريخية على النظرة الأوروبية للمريض العقلي من حيث المسئولية الجنائية.

كان الجنون خلال القرنين الحادي عشر والثاني عشر مهما عظمت درجته لا يعتبر في "ألمانيا" مثلاً عاملاً مخففاً للعقاب في جرائم القتل. إلا إذا كان الجاني قد أثبت جنونه بإحداث إصابات جسيمة بنفسه أي ببدنه وقت وقوع الجريمة. وفي القرنين السابع عشر والثامن عشر استمر الاتجاه

البدائي الصارم سائداً في شمال أوروبا حيث كان المصابون بالقصور العقلي الواضح وبالمرض العقلي توقع عليهم في "ألمانيا" عقوبات شديدة قد تصل إلى الإعدام.

أما المشرع الإنجليزي "ماثيوهيل" فقد فرق بين القصور العقلي وامرض العقلي وقسم هذا الأخير إلى جنون جزئي وجنون كلي، ثم عرف الجنون الجزئي بأنه عبارة عن الكفاية في استخدام ملكة التعقل بالنسبة لبعض هذه المواضيع أو الظروف أو المواقف دون البعض الآخر. وأبدى الرأي بأن هذا الجنون الجزئي الذي لا يفقد الشخص بصفة كاملة القدرة على استخدام ملكة التعقل لا يعفى من العقاب عما يرتكب من جرائم.

وهذه القاعدة التي اتخذها المشرع كأساس لتعاليمه القانونية تعني فيما يختص بالمسئولية الجنائية أن اضطراب الإدراك والتفكير - أي اضطراب الجانب المعرفي للعقل - هو المعيار الوحيد للدلالة على إصابة المتهم بالمرض العقلي المعفي من تلك المسئولية.

أما في مصر وفي التشريع المسلم فإن الإصابة بالمرض العقلي تساوي عدم المسئولية الجنائية. وينص القانون (٦٢) من قانون العقوبات على أنه: "لا عقاب على من يكون فاقداً للشعور أو الاختيار في عمله وقت ارتكاب الفعل إما لجنون أو عاهة في العقل".

حق الزواج وتكوين الأسرة للمتخلف عقلياً:

تعرض المتخلفون عقلياً في مجتمعات كثيرة للحرمان من حقهم في الزواج وتكوين الأسرة بدعوى أنهم لا يفهمون معنى الزواج ولا أهدافه ولا يقدرون على تحمل مسئولياته وتبعاته من إنجاب وتكوين أسرة ولا يفهمون معنى الحب في الإشباع الجنسي، ويمارسون الجنس كالحيوانات بطريقة غير مهذبة لا ترضي الزوج الآخر مما يجعل زواجهم فاشلاً.

أما في المجتمعات الإسلامية فالزواج واجب (أو سنة مؤكدة) على كلمن يقدر عليه ومكروه على من لا يقدر عليه سواء أكان ذكياً أم عادياً أم معاقاً. وسمحت الشريعة الإسلامية منذ قرون عديدة بزواج المتخلف عقلياً إذا توافرت فيه شروط الزواج التي تطلبها في زواج الشخص العادي، عدا أمر واحد هو أن الشخص العادي يستطيع إذا توافرت فيه شروط الزواج التي تطلبها في زواج الشخص العادي، عدا أمر واحد هو أن الشخص العادي يستطيع أن يزوج نفسه لأنه كامل الأهلية، صالح لأن يتولى أموره بنفسه.

أما المتخلف عقلياً فلم تتركه الشريعة يتحمل مسئوليات الزواج وحده لأنه ناقص الأهلية ومنعته من تزويج نفسه وأوكلت أمر زواجه إلى أبيه أوجده أو القاضي، جاء في المغنى (الولاية في الزواج كالولاية على المال لا تعطي إلا للأب أو الجد، فإن لم يكن للمعتوه أب أو جد تولى أمر تزويجه السلطان).

وقد منعت الشريعة زواج المتخلف عقلياً في الأحوال الآتية:

١- عدم القدرة على النفقة في الزواج سواء من ماله أومن مال ولي أمره.

٢- عدم القدرة على القيام بالواجبات الزوجية.

٣- عدم القدرة على تحقيق ما شرع الزواج من أجله مثل السكن والمودة والرحمة.

حق الإنجاب والتربية:

تعرض المتخلفون عقلياً في كثير من المجتمعات للحرمان من حقهم في الإنجاب وفي تربية الأطفال في الرشد وظهرت في أوروبا وأمريكا حركات لتحسين النسل دعت إلى تعقيم المتخلفين عقلياً. وكانت ولاية (إنديانا) الأمريكية أول ولاية تستجيب لهذه الدعوة وجعلت تعقيمهم إلزامياً، وتبعها في ذلك كثير من الولايات الأمريكية، ثم أخذت كندا وبعض الدول الأوروبية بمبدأ التعقيم الإجباري.

أما في المجتمعات الإسلامية فقد أقرت الشريعة من أكثر من ١٤٢٣ سنة ما انتهت إليه القوانين الوضعية الحديثة من عدم حرمان المتخلفين عقلياً من الإنجاب وإشباع حاجاتهم للوالدية ما داموا قادرين على الزواج والإنجاب شأنهم في ذلك شأن الأشخاص العاديين.

وحرم الإسلام الاختصاء للمتخلفين عقلياً وغير المتخلفين عقلياً بدون سبب علاجي. وفي ذلك يقول الصادق الأمين ﷺ : "ليس منا من خصي أو اختصي" ودعا المسلمين إلى الزواج والإنجاب فقال عليه السلام "تناكحوا تناسلوا فإني مباه بكم الأمم يوم القيامة".

والملاحظ بشكل عام فيما يتعلق بالإسلام أنه منع زواج حالات التخلف العقلي الشديد والمتوسط، وإنه منعهم من الإنجاب لأنهم غير قادرين على الزواج لومن لا يتزوج لا ينجب.

الولاية على المتخلفين عقلياً:

شرع الإسلام الولاية على المتخلفين عقلياً لحاجتهم إلى من يحميهم ويقوم على شئونهم ويعلمهم الحياة ويدربهم عليها ويوجههم إلى الخير ويعودهم على العادات الإسلامية ويحفظ أموالهم وينميها. هذا وتنقسم الولاية عليهم إلى ثلاثة أنواع هي:

١- ولاية الحضانة أو التربية: جاء في المغني "فإن كان الغلام معتوهاً كان عند الأم، ولم يخير لأن المعتوه بمنزلة الطفل وإن كان كبيراً. ولذلك كانت الأم أحق بكفالة ولدها المعتوه عند بلوغه.

٢- الولاية على النفس: لعجزه عن حماية نفسه.

٣- الولاية على المال: لعجزه أو عدم قدرته على الحفاظ على ماله. لذا يحجز على ماله ولا يدفع إليه.

القرآن والأعمى:

جاء ذكر الأعمى والعمى في مواضع كثيرة في القرآن منها ما هو مادي ومنها ما هو حسي معنوي، فعلى سبيل المثال ذكر الأعمى في سورة فاطر إذ يقول الله عز وجل:

﴿وَمَا يَسْتَوِي ٱلْأَعْمَىٰ وَٱلْبَصِيرُ﴾ [فاطر: ١٩]

وفي قوله:

﴿فَإِنَّهَا لَا تَعْمَى ٱلْأَبْصَٰرُ وَلَٰكِن تَعْمَى ٱلْقُلُوبُ ٱلَّتِي فِي ٱلصُّدُورِ﴾ [الحج: ٤٦]

وفي سورة النمل قوله:

﴿وَمَآ أَنتَ بِهَٰدِي ٱلْعُمْيِ عَن ضَلَٰلَتِهِمْ ....﴾ [النمل: ٨٧]

وفي سورة طه قوله:

﴿وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُۥ مَعِيشَةً ضَنكًا وَنَحْشُرُهُۥ يَوْمَ ٱلْقِيَٰمَةِ أَعْمَىٰ﴾ [طه: ١٢٤]

وفي سورة الإسراء الآية (٧١)، وسورة البقرة الآية (١٨) وسورة الأنعام الآية (١٠٤)، وسورة الأعراف الآية (١٨٦)، وسورة يونس الآية (٤٣)، وسورة الروم الآية (٥٣)، وسورة فصلت الآية (٤٤)، وأخيراً سورة عبس وهي موضوع الحديث في هذا السياق لما لها من أهمية بالغة تؤكد

اهتمام الله - عز وجل- بالكفيف وبالموقف الفردي الذي حدث فيه والذي كان من نتيجته أن أنزل الله من فوق سبع سماوات قرآناً يقول فيه:

﴿ عَبَسَ وَتَوَلَّىٰٓ ﴿١﴾ أَن جَآءَهُ ٱلْأَعْمَىٰ ﴿٢﴾ وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهُۥ يَزَّكَّىٰٓ ﴿٣﴾ أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنفَعَهُ ٱلذِّكْرَىٰٓ ﴾

[عبس: ١-٤]

لقد كان من أسباب نزول هذه الآية أن رسول الله ﷺ كان مشغولاً بأمر جماعة من كبراء قريش يدعوهم إلى الإسلام حينما جاءه "ابن أم مكتوم" الرجل الأعمى الفقير يطلب منه أن يعلمه مما علمه الله فكره الرسول ﷺ هذا وعبس في وجهه وأعرض عنه لقطعه كلامه وقال في نفسه: يقول هؤلاء: إنما أتباعه العميان والسفلة والعبيد. فنزل القرآن بصدد هذه السورة يعاتب الرسول عتاباً شديداً، ويقرر حقيقة القيم في حياة الجماعة المسلمة في أسلوب قوي حاسم، كما يقرر حقيقة هذه الدعوة وطبيعتها.

إن هذا التوجيه الذي نزل بشأن هذا الحادث هو أمر عظيم جداً. أعظم بكثير مما يبدو لأول وهلة. إنه معجزة، هو والحقيقة التي أراد الله إقرارها في الأرض، والآثار التي ترتبت عليها بالفعل في حياة البشرية، ولعلها معجزة الإسلام الأولى ومعجزته الكبرى كذلك. ولكن هذا التوجيه يرد هكذا - تعقيباً على حادث فردي - على طريقة القرآن الإلهية في اتخاذ الحادث المفرد والمناسبة المحدودة فرصة لتقرير الحقيقة المطلقة والمنهج المطرود، وإلا فإن الحقيقة التي استهدف هذا التوجيه تقريرها هنا والآثار الواقعية التي ترتبت بالفعل على تقرير في حياة الأمة المسلمة هي الإسلام في صميمه وهي الحقيقة التي أرادها الإسلام - وكل رسالة سماوية قبله - غرسها في الأرض.

هذه الحقيقة ليست هي مجرد: كيف نعامل فرد من الناس؟ أو كيف يعامل صنف من الناس؟ كما هو المعنى القريب للحادث. وللتعقيب، إنما هي أبعد من هذا جداً. إنها: كيف يزن الناس أمور الحياة؟ ومن أين يستمدون القيم التي يزنون بها ويقدرون؟ والحقيقة التي استهدف هذا التوجيه إقرارها هي أن يستمد الناس في الأرض قيمهم وموازينهم من اعتبارات سماوية بحتة، آتية لهم من السماء، غير مقيدة بملابسات أرضهم، ولا بمواصفات حياتهم ولا نابعة من تصوراتهم المقيدة بهذه المواصفات وتلك الملابسات، كذلك ندرك من عظمة هذا الأمر وعسره حين ندرك أننفس محمد ﷺ - قد احتاجت - كي تبلغه - إلى هذا التوجيه من ربه، بل إلى هذا العتاب الشديد، الذي يبلغ حد التعجب من تصرفه. إنه ليكفي لتصوير عظمة أي أمر في هذا الوجود أن يقال فيه: إن نفس محمد ﷺ - قد احتاجت - كي تبلغه - إلى تنبيه وتوجيه.

لقد كان العتاب من الله العلي الأعلى لنبيه الكريم، صاحب الخلق العظيم، في أسلوب عنيف وشديد وللمرة الوحيدة في القرآن كله يقال للرسول الحبيب القريب: "كلا"، وهي كلمة ردع وزجر في الخطاب.

كل هذا بسبب الأعمى الفقير، والذي يسببه أيضاً لم يعبس الرسول ﷺ في وجه فقير قط، ولم يعرض عنه بعد عتاب الله له، وقد قيل أن الله عاتب رسوله حتى لا تنكسر قلوب أهل الصفة أو ليعلم أن المؤمن الفقير خيراً من الغني.

لقد صار الرسول ﷺ بعد هذا يبسط رداءه لـ "ابن أم مكتوم" ويقول له: مرحباً بمن عاتبني فيه ربي" ويقول: "هل من حاجة؟". وقد بلغ تقدير الرسول ﷺ له بعد ذلك أن استخلفه - وهو الأعمى - مرتين على المدينة في غزوتين غزاهما.

و"ابن أم مكتوم" هذا له موقف آخر مع الله ومع القرآن يوضح الله جل جلاله فيه كيف يتعامل مع الأعمى ذا الحاجة الخصاة، وكيف بسببه وبسبب شدة إيمانه وعمق صلته بربه أنزل الله قرآناً رفع فيه التكليف عنه وعن أمثاله من غير أولي الضرر، فعن "زيد بن ثابت" قال: أملى على رسول الله ﷺ "لا يستوي القاعدون من المؤمنين والمجاهدون في سبيل الله "فجاءه ابن أم مكتوم" وهو يمليها على، قال: يا رسول الله والله لو أستطيع الجهاد لجاهدت. وكان أعمى فأنزل الله على رسوله ﷺ وكان فخذه على فخذي فثقلت علي حتى خفت أن ترض فخذي ثم سرى عنه فأنزل الله:

﴿غَيْرُ أُوْلِي الضَّرَرِ﴾، وبذلك صارت الآية (٩٥) من سورة النساء كما يلي: ﴿لَّا يَسْتَوِي الْقَاعِدُونَ مِنَ الْمُؤْمِنِينَ غَيْرُ أُوْلِي الضَّرَرِ وَالْمُجَاهِدُونَ فِي سَبِيلِ اللَّهِ بِأَمْوَالِهِمْ وَأَنفُسِهِمْ فَضَّلَ اللَّهُ الْمُجَاهِدِينَ بِأَمْوَالِهِمْ وَأَنفُسِهِمْ﴾

[النساء: ٩٥]

لقد كانت الآية في البداية تفاضل بين المجاهدين والقاعدين ثم استثنى الله (أولي الضرر) من القاعدين فكأنه جل جلاله قد ألحقهم بالفاضلين، وفيه أن المرء يبلغ بنيته أجر العامل إذا منعه الضرر عن العمل. وقوله تعالى:

﴿لَّا يَسْتَوِي الْقَاعِدُونَ مِنَ الْمُؤْمِنِينَ﴾

كان مطلقاً، فلما نزل بوحي سريع ﴿غَيْرُ أُوْلِي الضَّرَرِ﴾ صار ذلك مخرجاً لذوي الأعذار المبيحة.

(أي ذوي الاحتياجات الخاصة وغيرهم مما ينطبق عليهم [العذر المبيح] لترك الجهاد من العمى والعرج والمرضى) عن مساواتهم للمجاهدين في سبيل الله بأموالهم وأنفسهم.

وقد بلغ تقديرهم أوسع مدى يمكن أن يبلغه أحد ما يروى عن "أنس مالك" عن أبيه عن النبي ﷺ: "لقد تركتم بالمدينة أقواماً ما سر من مسير ولا أنفقتم من نفقة ولا قطعتم من واد إلا وهم معكم، قالوا: وكيف رسول الله يكونون معنا فيه؟ قال: حبسهم العذر". وفي هذا المعنى يقو الشاعر:

يا راحلين إلى البيت العتيق ۞ لقد سرتم جسوماً ونحن سـ
إنا أقمنا على عذر وعلى قدر ۞ ومن أقام على عذر فقد راء

وختاماً فقد أنزل الله حق الأعمى آيات أخرى، لكنه ذكر معه بعض من ذوي الاحتياجات الخاصة الأخرى كالأعرج والمريض والضعفاء وهو ما سنتناوله في النقطة التالية والمتعلقة بذكر ذوي الاحتياجات الخاصة في القرآن ورعاية الله لهم.

القرآن والأعرج والمريض والضعفاء:

يقول الله - عز وجل - في سورة النور:

﴿ لَّيْسَ عَلَى ٱلْأَعْمَىٰ حَرَجٌ وَلَا عَلَى ٱلْأَعْرَجِ حَرَجٌ وَلَا عَلَى ٱلْمَرِيضِ حَرَجٌ ...... ﴾ [النساء: ٩٥]

ويقول - جل جلاله - في سورة الفتح مكرراً ومؤكداً:

﴿ جُنَاحٌ أَن يَضَعْنَ ثِيَابَهُنَّ غَيْرَ مُتَبَرِّجَٰتٍۭ بِزِينَةٍ ۖ وَأَن يَسْتَعْفِفْنَ خَيْرٌ لَّهُنَّ ﴾ [الفتح: ١٧]

يقول ابن كثير عن عطاء الخرساني وعبد الرحمن بن زيد بن أسلم أن هذه الآية من سورة النور نزلت في الجهاد، وجعلوا هذه الآية ههنا كالتي في سورة الفتح وتلك في الجهاد، أي أنهم لا إثم عليهم في ترك الجهاد لضعفهم وعجزهم. وقد ذكر الله الأعذار في ترك الجهاد فمنها ما هو لازم كالعمى

والعرج المستمر وعارض كالمرض الذي يطرأ أياماً ثم يزول، فهو في حال مرضه ملحق بذوي الأعذار حتى يبرأ. وفي سورة التوبة في الآية (٩١) يقول عز من قائل:

﴿ لَّيْسَ عَلَى ٱلضُّعَفَآءِ وَلَا عَلَى ٱلْمَرْضَىٰ وَلَا عَلَى ٱلَّذِينَ لَا يَجِدُونَ مَا يُنفِقُونَ حَرَجٌ ﴾ [التوبة: ٩١]

كرر الله في هذه الآية تأكيده وبيانه للأعذار التي لا حرج معها والتي رفع بها الحساب والتكليف عن من لا يستطيع ومن ليس في وسعه تقديراً وإشعاراً لهم بأن الله معهم، يقدر حالهم، لذا فقد بين الله الأعذار التي لا حرج على من قعد معها عن القتال فذكر منها ما هو لازم للشخص لا ينفك عنه وهو الضعف في التركيب الذي لا يستطيع معه الجلاد في الجهاد ومنه العمى والعرج ونحوهما وبهذا بدأ به، ومنها ما هو عارض بسبب مرض عن له في بدنه شغله عن الخروج في سبيل الله، وغير ذلك.

ولم يترك القرآن شيئاً للصدفة فهو لكل زمان ومكان، وهو مع كل مسلم حسب ما خلقه الله، فكل ميسر لما خلق له. لقد أنزل الله فيمحكم آياته كل شيء، فالأعرج والكفيف والأصم مرضى، وهم جميعهم من ذوي الاحتياجات الخاصة وكذلك المجنون، والمريض قد يزمن مرضه ولا يبرأ منه ويضعف مع الوقت ويكون ذا حاجة، على الأقل للرعاية والعناية من قبل الغير.

كل هؤلاء وغيرهم راعاهم الله وهون عليهم ولم يشدد، وأجمل وأروع ما يمكن أن يذكر هنا، أن المرضى ومنهم ذوي الاحتياجات الخاصة وغيرهم، هؤلاء منهم من لا يصلي ولا يصوم بل رفع عنه التكليف تماماً، ومنهم من لا يمكنه أداء الحج مثلاً رغم القدرة لمرضه ولا حرج عليه وكذلك لا يمكنه الصيام ويرجى له حين الاستطاعة والقدرة ومنهم من لا يمكنه الذهاب للمسجد لأداء الفروض في جماعة وهو يعامل معاملة القادر على ذلك، لأنه

من غير أولى الضرر فأي رحمة تلك، وأي تقدير للبشر كهذا... إنها رحمة الله القائل في محكم آياته:

﴿يُرِيدُ ٱللَّهُ بِكُمُ ٱلْيُسْرَ وَلَا يُرِيدُ بِكُمُ ٱلْعُسْرَ﴾ [البقرة: ١٨٥]

التربية الإسلامية لبعض نماذج من ذوي الاحتياجات الخاصة:

التربية مأخوذة من حيثية إيماننا بالله، ولكن تربية المخلوق للمخلوق هي تربية من خلق لمن خلق، ولكن تربية الله للخلق هي تربية من خلق لمن خلق. فالفارق كبير بين التربية التي أخذها الله وبين التربية التي كانت لله. وإذا كانت التربية تعني إيصال المربي إلى الكمال الذي هيئ له فلابد أن يعرف المربي ملكات المربي حتى لا يربي ملكة على حساب ملكة فيحصل التمزق في المربي والقلق النفسي بين ملكاته والتضارب بين مقوماته.

لقد أردت بهذه المقدمة عن التربية الربانية أو الإلهية، أن تكون مدخلاً للنماذج البشرية المعوقة أو ذات الاحتياج الخاص التي سوف أعرض لها. إنها نماذج لمسلمين رباهم الله - عز وجل - من خلال رسوله ﷺ محمد بن عبد الله ومن خلال القرآن الكريم. ومعنى أن يربي الله مخلوقاً فهذا يعني أن المخلوق سيكون على أجمل خلق وأحسن أدب وأكمل صورة وغير ذلك كثير...

والتربية الإسلامية حين تضع منهجاً إنما تضع عن الله الذي خلق الإنسان، ومادام الله هو الذي خلق الإنسان فصاحب الصنعة الذي صنعها هو أعلم بها وهو الذي يقنن لها.

إن التاريخ الإسلامي يحفل بصفحات كثيرة مضيئة، تسجل لهؤلاء المعوقين العباقرة ما لم تسجله لغيرهم ممن تمتعوا بحواسهم كاملة هذا التاريخ يحفل بأناس رباهم من لا ينطق عن الهوى، داخل الأسرة المسلمة،

التي هي المعهد الاجتماعي للتيار الإنساني للفرد، والتي يتعلم منها المسلم أفضل أخلاقه الاجتماعية، لأن الله قد أحاطها بتشريعات جعلها تتضامن وتتماسك تماسكاً وثيقاً منذ نزلت تشريعات الإسلام على الرسول ﷺ.

في ظلال التربية الربانية والتربية الإسلامية ولد معوقون امتحنهم الله في حواسهم وأعضاءهم لكنهم وبرعاية الإسلام كانوا نموذجاً قلما يتكرر في عصرنا الحالي، من هؤلاء المعوقين على سبيل المثال لا الحصر: الأعمى "عبد الله بن عباس" ترجمان القرآن وحبر الأمة، والشهيد الأعمى "عبد الله بن أم مكتوم"، والأعرج الأهتم "عبد الرحمن بن عوف" أحد المبشرين بالجنة، ومقطوع الرسغ "حسان بن ثابت" شاعر الدعوة الإسلامية، والنحيف القصير المزدرد من أهل الشرك المسخور منه "عبد الله بن مسعود" أول من جهر بالقرآن، والأعرج "عمر بن الجموح" من وطئ الجنة بعرجته، والأصلم "عمار بن ياسر" الذي من عاداه فقد أبغض الله، والأعور "عثمان بن مظعون" المهاجر إلى الله، والمصروعة الصابرة "أم زفر" التي بشرها رسول الله ﷺ بالجنة.

إنها نماذج قل أن يوجد مثلها، يحاول البحث الحالي في مبحثه الأخير إبراز بعض هذه القيم الخالدة. وهذه القوة التي وهبها الله لهؤلاء، والتي تمثل بحر زاخر بلا شاطئ... فالبيئة العربية الصحراوية الجرداء... وحتى البلاد المفتوحة على أيدي العرب المسلمين... كانت بيئات حافلة بمثل هذه العاهات والنواقص وبفضل إيمانها وتربيتها الربانية والمحمدية استطاعت أن تتغلب على عاهاتها ونواقصها، كما شرفت قدرها وعلت منزلتها بما ملكت من إيمان وتحد وإرادة.

من هؤلاء ولحدود البحث نختار ثلاث شخصيات أو نماذج هم: "عمرو بن الجموح"، و" أم زفر"، و "عبد الله بن أم مكتوم" وسبب الاختيار أنهم ولدوا بعاهاتهم وعاشوا معها. وهنا سبب آخر هو أنهم يمثلون ثلاثة نماذج لثلاثة من ذوي الاحتياجات الخاصة وهي: الأعمى والأعرج والمصاب عقله.

وفيما يلي نتناول في إيجاز سيرة كل واحد منهم وكيفي رباه الإسلام والرسول ﷺ.

١- الأعمى الشهيد "عبد الله بن أم مكتوم":

رجل أعمى أنزل الله في شأنه ست عشرة آية تليت وستظل تتلى حتى يوم البعث ولقاء الله - جل جلاله-.

سبق غيره إلى الإسلام.. وتحمل المشاق في سبيل إعلاء دينه والإيمان بربه الكريم، فهاجر مع المهاجرين من مكة إلى المدينة. لم يقف فقده لبصره دون المشاركة الفعلية في الدعوة الإسلامية... فحفظ القرآن الكريم وروى الكثير من أحاديث الرسول الكريم. تربطه بالرسول ﷺ صلة رحم، فقد كان ابن خال أم المؤمنين "خديجة بنت خويلد" رضوان الله عليها.

عاش محنة المسلمين في مكة بكل ما حفلت به من تضحية وثبات وصمود وفداء. وعانى من أذى قريش ما عاناه أصحابه وبلا من بطشهم وقسوتهم ما بلوه، فما لانت له قناة ولا فترت له حماسة ولا ضعف له إيمان. وإنما زاده ذلك استمساكاً بدين الله، وتعلقاً بكتاب الله، وتفقها بشرع الله، وإقبالاً على الرسول ﷺ.

ولن نعيد الحديث عنه فقد سبق ذكره في الجزء الخاص بالقرآن والأعمى، وأن الله أعفاه وأمثاله من الجهاد، بل جعل له نفس الأجر والثواب غير أن نفسه الطموح أبت عليه ألا يقعد مع القاعدين وعقد العزم على الجهاد في سبيل الله.

حرص منذ اليوم الذي أنزل الله فيه "غير أولي الضرر" ألا تفوته غزوة، وحدد لنفسه وظيفتها في ساحات القتال فكان يقول أقيموني بين الصفين، وحملوني اللواء أحمله لكم وأحفظه فأنا أعمى لا أستطيع الفرار.

وفي السنة الرابعة عشر للهجرة عقد عمر بن الخطاب العزم على أن يخوض مع "الفرس" معركة فاصلة تديل دولتهم وتزيل ملكهم، وتفتح الطريق أمام جيوش المسلمين، فكتب إلى عماله يقول: لا تدعوا أحد له سلاح، أو فرس، أو نجدة إلا انتخبتموه ثم وجهتموه إلى، والعجل العجل.

وطفقت جموح المسلمين تلبي نداء الفاروق، وتنهال على المدينة من كل حدب وصوب، وكان في جملة هؤلاء المكفوف البصر "عبد الله بن أم مكتوم". ولما بلغ الجيش "القادسية" برز عبد الله بن أم مكتوم لابساً درعه، مستكملاً عدته، وندبه نفسه لحمل راية المسلمين، والحفاظ عليها أو الموت دونها.

وانتصر المسلمون وزال عرش من أعرق عروش الدنيا ورفعت راية التوحيد في أرض الوثنية، وكان ثمن هذا النصر المبين مئات الشهداء، وكان هو من بينهم، فقد وجد مضرجاً بدمائه وهو يعانق راية المسلمين.

إنها سيرة عظيم من عظماء الإسلام، رباه الإسلام، وكرمه الله أجل وأعظم تقدير. إنه واحد من الذين صنعوا بإرادتهم مجداً عجز عنه المبصرون، فلم يستسلم لنقص حسي، بل ناضل ببصيرته في كل مجال، حتى ذلك المجال الذي لم يكن واجباً عليه أن يناضل فيه فيمنحه الله الشهادة والجنة معاً. ويضرب مثلاً عظيماً لقوة الإرادة والإيمان.

٢ـ المصروعة "أم زفر":

عن عطاء بن أبي رباح قال "قال لي ابن عباس: ألا أريك امرأة من أهل الجنة؟ قلت بلى قال: هذه المرأة السوداء أتت النبي ﷺ فقالت: إني أصرع، وإني أتكشف فأدع الله لي. قال: إن شئت صبرت ولك الجنة، وإن شئت دعوت الله أن يعافيك. فقالت أصبر. فقالت: إني أتكشف فادع الله لي أن لا أتكشف فدعا لها".

إنها أم زفر سعيدة الأسدية، وكانت حبشية صفراء عظيمة، أتت النبي ﷺ ليعالجها من الصرع ـ بإذن الله ـ حيث كان النبي ﷺ في ذلك الوقت يؤتى بالمجانين فيضرب صدر أحدهم فيبرأ.

جاءت هذه السيدة المسلمة عميقة الإيمان تطلب الشفاء والعلاج خصوصاً وأنها حينما تصرع تسقط على الأرض فتفقد الوعي ويتكشف جسدها للناس وهي لا تدري ماذا يتكشف منه وقت صرعها وغياب عقلها وفقدانها للإدراك والشعور بما يدور حولها.

جاءت هذه السيدة التي قيل أنها كانت ماشطة السيدة خديجة أم المؤمنين رضي الله عنها والتي كانت تتعاهد النبي ﷺ بالزيادة، تبحث لها عن مخرج للصرع الذي قال عن "ابن قيم" أنه نوعان أو صرعان: صرع الأرواح الخبيثة الأرضية وصرع من الأخلاط الرديئة. الصرع الأول ليس مجال بحثنا الحالي، أما الثاني(*) فهو الذي يتكلم فيه الأطباء في سببه

(*) الصرع Epilepsy في العلم حالياً: هو أحد الأمراض العضوية التي تصيب المخ، يتميز بأنه اضطراب في النشاط الكيميائي الكهربائي للمخ. وهو قد ينتج عن عوامل وراثية أو بسبب بعض الأمراض المعدية، أو بسبب الإصابات التي تصيب المخ، أو بسبب بعض أمراض الجهاز العصبي والمخ وللصرع عدة أشكال أهمها ما يلي:

١ـ النوبة الصرعية الكبيرة Grand Mal: وتتميز بحدوث حالة تشنج وانقباض عضلي وفقدان للوعي الشعوري، ويحتمل أثناء حدوث بداية النوبة أن يقع الفرد.=

وعلاجه وهو علة تمنع الأعضاء النفسية عن الأفعال والانتصاب منعاً غير تام، وسببه خلط غليظ لزج يسد منافذ بطون الدماغ سدة غير تامة فيمتنع نفوذ الحس والحركة فيه وفي الأعضاء نفوذاً من غير ما انقطاع بالكلية، وقد يكون لأسباب أخرى كريح غليظ يحتبس في منافذ الروح أو بخار رديء يرتفع إليه من بعض الأعضاء مما يستحيل أن يبقى الإنسان معه منتصباً بل يسقط ويظهر فيه الزبد غالباً.

وهذه العلة تعد من جملة الأمراض الحادة، وتعد من جملة الأمراض المزمنة باعتبار مكثها وعسر برئها لاسيما وإن جاوز في السن خمساً وعشرين سنة، وهذه العلة في دماغه وخاصة في جوهره فإن صرع هؤلاء يكون لازماً.

مما يتقدم يتبين أن الصرع من النوع الثاني مع من يصاب به حتى يموت. وأن الرسول ﷺ الذي لا ينطق عن الهوى، وإن هو إلا وحي يوحى، يعلم مما علمه ربه أن مرض هذه السيدة المؤمنة من النوع الذي لا يشفى، وهو عندما خيرها بين الصبر على مرضها ولها الجنة، أو أن يدعو لها فتشفى، كان يعلم أنها ستختار الجنة وستصبر على المرض، فالجنة أبقى وأخلد، أما هي والمرض ففانيان.

=

٢- النوبة الصرعية الخفية Petit Mal: وتتميز هذه النوبة بفقدان الوعي الإدراكي لمدة ثوان يلاحظ أثناءها على الفرد شحوباً في لون الوجه والاستجابة ببعض الحركات اللاإرادية، ثم يعود بعدها لوعيه الإدراكي ونشاطه المعتاد.

٣- النوبة الصرعية النفسية الحركية Psychomotor Epilepsy: وتتميز بأن الفرد المصاب بهذا النوع من الصرع تضطرب لديه الحالة الشعورية فيسلك وكأنه في حالة لا شعورية، أو كأنه في حلم مستمر مع عدم وعيه إدراكياً بالمكان والزمان ومع وضوح بعض مظاهر الاضطراب الإدراكي الأخرى كالهلوسات السمعية والبصرية... وقد يصاحب الصرع كأحد الأمراض العضوية اضطرابات وظيفية انفعالية أو عقلية تبعاً لطبيعة وشدة المرض.

ورغم عسر برئها رخص الله سبحانه وتعالى لنبيه الكريم شفاءها من هذا المرض عسير الإبراء. لكنه الرسول ﷺ - بحدسه الإلهي والنبوي - كان أيقن منها بحقيقة مرضها. ولذلك فهذا الخيار هو الأجدى لها لأنه حافظ على الجانب النفسي للمرأة، لأنها إن أخبرت أنها لن تشفى وأن مرضها من النوع الميئوس من شفائه، فإن النتيجة الحتمية لهذا هو دمارها النفسي، وهذا مع الأخذ في الاعتبار أنه نبي، وأنه كما تقدم لو تمنى على الله ودعا لها لشفيت، لكنه عرف كيف يسبر غور أعماقها وأعماق سريرتها. وكيف يخيرها بين الخيارين وكلاهما محقق:

الأول: خاص بها لأنها اختارت الجنة والصبر على البلاء والمرض، وهذا ما يؤكده الحديث الذي يبين فضل من يصرع، وأن الصبر على بلايا الدنيا يورث الجنة وأن الأخذ بالشدة أفضل من الرخصة لمن علم من نفسه الطاقة ولم يضعف على التزام الشدة. والخيار الثاني (المحقق أيضاً) لأنه دعاء من قبل النبي ﷺ لربه من أجل أمة من عباد الله.

إن الحديث بين الرسول ﷺ والسيدة "أم زفر" يؤكد على أن الرسول ﷺ كان بعيد النظر، وكان يحب أمته، ويتمنى الخير للمرضى من أمته على وجه الخصوص، إن الرسول - من وجهة نظر الباحث - حينما جعل السيدة تختار الجنة - إيمانياً ونفسياً - إنما خاف عليها، وأحبها وأحب أن يكافئها الله بالجنة. فمن كان يعلم أن "أم زفر" إن دعا لها الرسول وشفاها الله أنها ستكون من أهل الجنة بعد الشفاء. أهل يضمن أحد أن يتحول سلوكها إلى جانب أسوأ في حالة شفائها؟كيف نضمن التحول في شخصيتها ما بين الصحة والمرض؟ فشتان ما بين سلوك المريض حينما يكون مريضاً خصوصاً بمرض عقلي كهذا وبين سلوكه حينما يكون بعافية.

إن تصرف النبي يدل بكل يقين على أن الإسلام يرعى أبنائه من ذوي الاحتياجات الخاصة على وجه الخصوص.

٣ـ الأعرج "عمرو بن الجموح" من وطئ الجنة بعرجته:

شيخ عزم على أن يطأ بعرجته الجنة، إنه "عمرو بن الجموح بن زيد بن حرام السلمي" من زعماء يثرب، وسيد بني سلمة المسود، وواحد من أجواد المدينة وذوي المروءات فيها.

كان له صنم يعبده يدعى "مناة" وكان يُجله ويقدره ولا يفعل شيء دون الرجوع إليه، لكن الله أراد له الهداية والإسلام فدخل في دين محمد ﷺ وكان قد سبقه إلى الإسلام أولاده الثلاثة وأمنهم هند.

اسلم "عمرو بن الجموح" قلبه وحياته لرب العالمين، وعلى الرغم من أنه كان مفطوراً على الجود والسخاء، فإن الإسلام زاد جوده مضاء، فوضع كل ماله في خدمة دينه وإخوانه.

سأل الرسول ﷺ جماعة من "بني سلمة" قبيلة "عمرو بن الجموح" فقال: من سيدكم يا بني سلمة؟ فقالوا: "الجد بن قيس" على بخل فيه، فقال عليه السلام: "وأي داء أدوى من البخل"!! بل سيدكم الجعد الأبيض "عمرو بن الجموح". فكانت هذه الشهادة من الرسول ﷺ تكريماً لابن الجموح، أي تكريم... وفي هذا قال شاعر الأنصار:

فسود عمرو بن الجموح لجوده ❖ وحق لعمرو بالندى أن يسودا
إذا جاءه السؤال أذهب ماله ❖ وقال: خذوه، إنه عائد غدا

وبمثل ما كان "عمرو" يجود بماله في سبيل الله، أراد أن يجود بحياته وبروحه... ولكن كيف السبيل؟

إن في ساقه عرجاً شديداً يجعله غير صالح للاشتراك في قتال، وإن له ثلاثة أولاد، كلهم رجال كالأسود، كانوا يخرجون مع رسول الله ﷺ في الغزو، ويثابرون على فريضة الجهاد. لم يمكنه أولاده من الخروج معهم في غزوة (بدر) وذلك لعجزه الماثل في عرجه الشديد. بيد أنه راح يلح ويرجو... فأمره الرسول ﷺ بالبقاء في المدينة.

وجاءت غزوة (أحد) فذهب "عمرو" إلى النبي ﷺ يتوسل إليه أن يأذن له وقال له: يا رسول الله إن بني يريدون أن يحبسوني عن الخروج معك إلى الجهاد. "ووالله إني لأرجو أن أطأ بعرجتي هذه الجنة".

وأما إصراره العظيم أذن له النبي عليه الصلاة والسلام بالخروج، وقال لأبنائه "دعوه لعل الله عز وجل يرزقه الشهادة".

أخذ "عمرو بن الجموح" سلاحه وانطلق يخطر في غبور وغبطة ودعا ربه بصوت ضارع: "اللهم أرزقني الشهادة ولا تردني إلى أهلي".

كان "عمرو" يخطر وسط المعمعة الصاخبة، ومع كل خطرة يقطف سيفه رأساً من رءوس الوثنية، لقد شوهد "عمرو" يمضي في الرعيل الأول ويثب على رجله الصحيحة وثباً وهو يقول "إني أشتاق إلى الجنة"، "إني أشتاق إلى الجنة؟".

وجاء ما كان ينتظر، ضربة سيف أومضت، معلنة ساعة الزفاف، زفاف شهيد مجيد إلى جنات الخلد وفردوس الرحمن. لقد سأل ربه الشهادة، وهو واثق أن الله سبحانه وتعالى قد استجاب له.

لقد كان مغرم - أي مغرم - بأن يخطر بساقه العرجاء في الجنة، ليعلم أهلها أن محمداً رسول الله ﷺ، يعرف كيف يختار الصحاب، وكيف يربي الرجال!!

لقد استشهد الأعرج "عمرو بن الجموح" ودخل الجنة. "والذي نفسي بيده... لقد رأيت "عمرو بن الجموح" يطأ في الجنة بعرجته" هكذا قال في حقه رسول الله ﷺ ، وصار ممن قال فيهم أيضاً وهو يواري شهداء (أحد): "خلوهم بدمائهم وجراحهم، فأنا الشهيد عليهم، وما من مسلم يكلم في سبيل الله، إلا جاء يوم القيامة يسيل دماً، اللون كلون الزعفران، والريح كريح المسك".

المراجع

١- أبو الفداء إسماعيل بن كثير (ب.د.) تفسير القرآن العظيم، القاهرة: المكتبة التوفيقية.

٢- أبي الحسن علي بن أحمد بن محمد بن علي الواحدي (١٩٩٦). أسباب النزول، شرح وتحقيق: رضوان جامع رضوان، المنصورة: مكتبة الإيمان.

٣- أبي بكر يحيى بن شرف النووي (ب.د.) شرح صحيح مسلم، تحقيق: طه عبد الرءوف سعد، القاهرة: المكتبة التوفيقية.

٤- أبي بكر يحيى بن شرف النووي ،(١٩٩٧). رياض الصالحين، القاهرة: مؤسسة النور للنشر والتوزيع.

٥- أبي حامد محمد بن محمد الغزالي - (١٩٩٦). إحياء علوم الدين، تحقيق: الشحات الطحان وعبد الله المنشاوي، المنصورة مكتبة الإيمان.

٦- أبي داوود سليمان بن الأشعث - (١٩٨٨). سنن أبي داوود، القاهرة، دار الريان للتراث.

٧- أبي عبد الله محمد بن أحمد الأنصاري القرطبي (١٩٨٧). الجامع لأحكام القرآن، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٨- أبي محمد عبد الله بن أحمد بن محمد بن قدامة -(١٩٩٣). المغني، القاهرة: دار الغد العربي.

٩- أحمد بن علي بن حجر العسقلاني (ب.د.) فتح الباري بشرح صحيح البخاري، المنصورة: دار الإيمان.

١٠- أحمد سويلم (١٩٩٢). مسلمون هزموا العجز، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

١١- الإمام القشيري (٢٠٠٠). لطائف الإشارات، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

١٢- السيد سابق (ب.د.) فقه السنة - الجزء الثالث، القاهرة: دار التراث العربي.

١٣- القرآن الكريم.

١٤- المبروك عثمان أحمد (١٩٩٢). تربية الأولاد والآباء في الإسلام - بيورت: دار قتيبة.
١٥- جمال الدين أبي الفرج بن الجوزي (١٩٩٩). صفة الصفوة، المجلد الأول، المنصورة: مكتبة الإيمان.
١٦- حسين حسين سلامة (١٩٩٥). من فضائل القرآن، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
١٧- خالد محمد خالد (١٩٩٤). رجال حول الرسول - القاهرة: دار المقطم للنشر والتوزيع.
١٨- زكي الدين عبد العظيم بن عبد القوي (١٩٨٧).الترغيب والترهيب من الحديث الشريف، ضبط أحاديث وعلق عليه: مصطفى عمارة، القاهرة: دار الريان للتراث.
١٩- روبرت د.ليمان وتوني ل. هيمبري - كينج (١٩٩٨). تدخلات الصحة النفسية في أطفال ما قبل المدرسة، ترجمة: سليمان الريحاني ونزيه حمدي ونسيمة داود، دمشق: المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر.
٢٠- سعيد إسماعيل علي (١٩٩١). اتجاهات الفكر التربوي الإسلامي، القاهرة: دار الفكر العربي.
٢١- سهى أحمد أمين (١٩٩٩). المتخلفون عقلياً بين الإساءة والإهمال (التشخيص - العلاج)، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
٢٢- شمس الدين محمد بن أبي بكر بن قيم الجوزية (١٩٨٧). زاد الميعاد في هدي خير العباد - الجزء الثالث - القاهرة: دار الريان للتراث.
٢٣- شوقي ضيف (١٩٩٩). عالمية الإسلام - القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
٢٤- عباس محمود العقاد (١٩٩٩)، حقائق الإسلام وأباطيل خصومه، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
٢٥- عبد الرحمن رأفت الباشا (١٩٩٧). صور من حياة الصحابة، القاهرة: دار الأدب الإسلامي للنشر والتوزيع.

٢٦- عبد الرشيد عبد العزيز سالم (١٩٩٤). الإسلام دين الإنسانية، القاهرة: مكتبة التراث الإسلامي.
٢٧- عبد العزيز الشناوي (١٩٨٩). عبد الله بن عباس، القاهرة: دار الفكر العربي.
٢٨- عمر النوني الشيباني (١٩٨٧). مفهوم الإنسان في الفكر الإسلامي، ليبيا: الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان.
٢٩- كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٩). مرجع في علم التخلف العقلي، الطبعة الثانية - القاهرة - دار النشر للجامعات.
٣٠- كمال سالم سيسالم (١٩٩٧). المعاقون بصرياً: خصائصهم ومناهجهم، لبنان: الدار المصرية اللبنانية.
٣١- ماريا لويزا برنيري (١٩٩٧). المدينة الفاضلة عبر التاريخ - ترجمة: عطيات أبو السعود، الكويت: عالم المعرفة، العدد (٢٢٩).
٣٢- محمد حسنين عبده العجمي (٢٠٠٠). استراتيجية الدمج لتربية المعوقين بجمهورية مصر العربية: ضرورة عصرية. لماذا؟ وكيف؟ في: بحوث المؤتمر السنوي لكلية التربية - جامعة المنصورة - بعنوان "نحو رعاية نفسية وتربية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة" (٤-٥ إبريل)، ٣٠١ - ٣٤٤.
٣٣- محمد سيد فهمي (١٩٩٨). السلوك الاجتماعي للمعوقين: دراسة في الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
٣٤- محمد علي الصابوني (١٩٨٦). تفسير آيات الأحكام - مكة المكرمة - دار الصابوني.
٣٥- محمد عمارة (١٩٨٥). الإسلام وحقوق الإنسان: ضرورات لا حقوق، الكويت: عالم المعرفة. العدد (٨٩).
٣٦- محمد فؤاد عبد الباقي (١٩٩٧). اللؤلؤ والمرجان فيما اتفق عليه الشيخان - الأجزاء من ١: ٣، القاهرة: دار الحديث.
٣٧- محمد كامل الخولي - (ب.د.) - الطب النفسي الشرعي - القاهرة: دار الكاتب للطباعة والنشر.

٣٨- محمد متولي الشعراوي (١٩٨٥). هذا هو الإسلام - كتاب الحرية - العدد الأول - القاهرة: دار الحرية للصحافة والطباعة والنشر.
٣٩- مصطفى المسلماني (١٩٧٥). الزواج والأسرة - القاهرة: المطبعة الفخرية.
٤٠- مصطفى كامل وآخرون (١٩٩٣). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي - القاهرة: دار سعاد الصباح.
٤١- منال منصور بوحيمد (١٩٨٣). المعوقون، الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
٤٢- مهني محمد إبراهيم غنايم (٢٠٠٠). فلسفة التربية واقتصاديات التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة - (فئة المعاقين) في: بحوث المؤتمر السنوي لكلية التربية جامعة المنصورة بعنوان: "نحو رعاية نفسية وتربية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة" - (٤-٥ إبريل)، ٣٤٧ - ٣٧٧.

الفصل السابع

الوسواس القهري لدى عينات ريفية متباينة من المجتمع المصري

تمهيد :

يستيقظ بعض الناس من نومهم فيجدون فكرة معينة أو لحناً موسيقياً خاصاً أو اسم دواء محدد يسيطر عليهم، ويلح على خاطرهم إلحاحاً شديداً، فيكررونه ولا يستطيعون منه فكاكاً، ولا يجدون منه مفراً أو محيصاً، ولا يعثرون على سبيل لإبعاده.

وقد تكون مثل هذه الأفكار اللحوحة الضاغطة تافهة أو غير محببة أو شريرة أو رهيبة أو قبيحة أو ساذجة أو غير ذات معنى ... ويمكن أن يستمر هذا التكرار فترة ما، وغالباً ما يختفي بعد ذلك.

ولا شك في أن بعضاً منا يعرف أشخاصاً يتأكدون من غلقهم للأبواب أو الأنوار أو النوافذ مراراً وتكراراً. كما قد يعرف بعضنا أشخاصاً "مرضى بمرض النظافة" إن جاز التعبير، فيغسلون أيديهم عدداً كبيراً وغير مألوف من المرات، أو يغسلونها عدداً محدداً من المرات لا ينقصونه ولا يزيدونه، وإذا اضطربت "عملية العد" هذه أو زادت أو نقصت بدأوا "العملية" من جديد. ولعل بعضنا قد سمع عن أشخاص يطهرون الصابون بالصابون، أو عن المطرب الشهير الذي يغسل الخضروات بالكحول، أو عن السياسي الأشهر الذي كان يجلس إلى جواره مساعد يطهر له يده اليمنى "بالكلونيا" بعد أن يسلم على كل ناخب من مؤيديه! وما كل ذلك وغيره إلا نزر يسير من أعراض الوسواس القهري.

ونسارع إلى القول بأن بعض الأعراض أو النظائر قد توجد لدى أي فرد منا دون أن تعوق عمله أو حياته الشخصية أو علاقته الاجتماعية؛ ودون أن تتدخل – في أغلب الأحيان – في حسن قيام الفرد بوظائفه المتعددة. ومهامه العديدة أو المنوط بها في شتى المجالات، ولكن هناك شرطين مهمين لذلك

مرضى الوسواس القهري تنتشر الوساوس لديهم فقط، بينما (١١%) يسود لديهم القهور فقط. (Torres, et al., 2006)

وكذلك في دراسة بمدينة قونيا بتركيا تبين منها أن (٣٠%) من مرضى الوسواس القهري لديهم وساوس فقط، بينما(١,١%) يعانون من قهور فقط.

(Ali, S., 2004)

وفي دراسة مغربية تبين منها أن (٢٠,٨%) من مرضى الوسواس القهري لديهم وساوس فقط، وأن (٥٠%) منهم لديهم قهور فقط.

(Nadia Kadri, 2007)

وبالمثل في دراسة بحرينية تبين منها أن القهور تنتشر بنسبة (٥٦%) لدى مرضى الوسواس القهري، وأن (٢٠%) يعانون من نوع واحد من القهور. (Shooka ; al-Haddad and Raees, 1998)

وأيضاً في دراسة مصرية تبين منها أن مرضى الوسواس القهري يظهرون الوساوس فقط بنسبة (٢٩%) وأن القهور تظهر لديهم فقط بنسبة (٣١%). (Ahmed Okasha, 2004)

وفيما يلي نقدم توطئة نظرية لاضطراب الوسواس القهري:

تاريخ اضطراب الوسواس القهري:

تاريخ الوسواس القهري قديم جداً؛ فقد كان متلازماً مع وجود العقل البشري، وقد كان موجوداً في عهد ما قبل التاريخ الميلادي أيام الفراعنة في مصر، فقد أرسل أحد الكهنة ويدعى (حقا نخت) إلى ابنه مجموعة رسائل في محتواها تشير إلى الشك والوسوسة لدى ذلك الشخص.

لقد قام هذا الكاهن في هذه الرسائل بعدّ وحصر كل شئ حتى القمح والشعير، وقد كان ذلك في عهد الدولة الوسطى حيث العاصمة المصرية هي

هما: ألا يكون عدد هذه الأعراض كبيراً، وألا تكون شدة Intensity كل منها وحدته مرتفعة.

ويتصل ذلك اتصالاً وثيقاً بالتفرقة المهمة بين الشخصية الوسواسية القهرية واضطراب الوسواس القهري. فأما الأولى فيحوز أصحابها عرضاً واحداً أو عدداً قليلاً من الأعراض التي يمكن أن تعد صفات مرغوبة أوخصالاً حميدةً أو خصائص يوسم بها الأخيار من البشر – ولكن بدرجة متطرفة – مثل الكمالية والاستغراق والانشغال والدقة والنظافة والنظام والتنظيم والتفاني الزائد في العمل والضمير الحي اليقظ والوفاء بالعهد.

ويمكن أن تعد بعض هذه الصفات – وحتى في درجتها المتطرفة – لازمة لبعض المهن، كالنظافة المفرطة بالنسبة إلى الجراح، والدقة والنظام والمراجعة بالنسبة للباحث العلمي، وتكرار التأكد من صلاحية أجهزة قيادة الطائرة قبل الإقلاع لدى الطيار، ويقظة الضمير والوفاء بالعهد بالنسبة لأي إنسان صالح. أما إن زادت هذه الأعراض وأشباهها وارتفع عددها فإنها تصل غالباً إلى اضطراب الوسواس القهري، حيث تتجمع الأعراض Symptoms في زملة Syndrome، وبدلاً من تيسيرها لحياة الفرد فإنها تعوق توافقه وتؤثر سلباً في حسن أدائه لأدواره.

هذا ويستخدم مصطلحا الوسواس والقهر بشكل تبادلي، وهذا غير دقيق (كما سيتضح فيما بعد) إذ أنهما يشيران إلى ظاهرتين متميزتين: فالوساوس أفكار تطفلية تقتحم الفكر من داخله، في حين أن الأفعال القهرية أفعال نمطية جسيمة أو عقلية. (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٢: ٣-٤؛ عبد الرحمن إبراهيم، ٢٠٠٧؛ أحمد عبد الخالق وسامر جميل، ٢٠٠٢)

ويجب أن يؤخذ في الاعتبار أنه من الممكن أن توجد الوساوس بمفردها وكذلك القهور، ففي دراسة مسحية بريطانية تبين منها أن (٥٥%) من

"طيبة" ... "الأقصر الآن" ... وقد كان" لحقا نخت " أراضي أخرى قرب " منف " ... الجيزة حالياً، بالوجه البحري، وكان يقوم بالتنقل بين هذه الضيع من وقت لآخر وأثناء ذلك يرسل الرسائل لأبنائه المقيمين في طيبة جنوب مصر، يستحثهم على رعاية حيواناتهم وأراضيهم بطريقة تشير إلى شدة دقته وحصره لكل صغيرة وكبيرة في بيته وأرضه بطيبة في صعيد مصر.

كذلك في عهد ما بعد الميلاد وصف "جالينوس" طبيب الإمبراطورية الرومانية الأول هذا المرض، وذلك في القرن الثاني الميلادي، وفي عهد الدولة الإسلامية والتي امتدت من حدود الصين شرقاً وحتى المحيط الأطلنطي غرباً ومن تركيا والأناضول شمالاً حتى أواسط أفريقيا جنوباً، فلقد كان التراث الإسلامي زاخراً بوصف هذا المرض وأنواعه وعلاجه بأساليب لم تعرفها الدول الغربية إلا مما يقل عن نصف قرن من الزمان. (مصطفى السعدني، ٢٠٠٦)

هذا ومن أهم علماء العرب المسلمين الذين تحدثوا عن هذا المرض "أبو زيد البلخي" (٨٥٠ - ٩٤٣م) في كتابه "مصالح الأبدان والأنفس" حيث أنه ذكر "أحاديث النفس ووساوسها" ويقول:

أما الوسواس الذي يمنع الإنسان عن التفكير فيما سواه ويشغله عن أكثر أعماله أو عن قضاء أوطاره، فهو من الأعراض النفسية التي لابد من علاجها، ويقيّمّ "البلخي" هذا الوسواس المرضي من حيث موضوعاته إلى نوعين:

١- الوسواس الأول المتعلق بمن يحبه الإنسان ويتمناه أمثال: مجنون ليلى وكثيّر عزة وجميل بثينة، وحالياً يطلق عليه علماء النفس المحدثون " stalking" وبالعربية هو الملاحقة والتعلق وشدة الولع والحب

الشديد لشخص ما لدرجة المشي وراءه ومتابعته في كل مكـ
وملاحقته وغالباً ما يكون هذا الحب من طرف واحد.

٢- الوسواس الثاني يقصد به تحديث نفس الإنسان بأمر مخوف قد يحل بـ
عن قريب، وأشد من ذلك هو تحديثها بمكروه قد ينزل به في بدنـ
وحياته، وهذا أصعب المخاوف وأشدها تمكناً من القلب واستيلاءً
عليه.

ويري "البلخي" أيضاً أن الوسواس عرض ليس معروف السبب
وليس بالحقيقة عله موجبة، وإنما هو شئ يقع في طباع بعض الناس من قبل
مولده (وكأنما يشير من طرف خفي إلى عامل الوراثة كسبب لهذا الاضطراب
وهو ما تشير إليه كثير من الدراسات الحديثة في الغرب كما سيأتي فيما بعد).

وقد وصف "البلخي" بعض السمات الشخصية للموسوسين منها: أنهم
يسيئون الظنون بأنفسهم في خيفتهم عليها مما لا يجب أن يخاف منه، كذلك
يسيئون الظنون في مجمل أمورهم، فلا يعرض لهم أمر من الأمور الممكنة
والتي يمكن أن تتصرف على وجهين إلا ذهبت أوهامهم إلى الوجه الذي هو
أصعب وأخوف، فهم دائماً يتوقعون الأسوأ، وهذا يشابه كثيراً مما نشر في
الدوريات الغربية في العقدين الأخيرين.

ويجد هذا الطرح ما يؤيده لدى التصنيفات الحديثة، حيث يصنف
الوسواس القهري ضمن اضطرابات القلق، كما في التقسيم الأمريكي الرابع
للأمراض النفسية. (مصطفي السعدني، ٢٠٠٧ ؛ وائل أبو هندي، ٢٠٠٥)

اضطراب الوسواس القهري: أعراضه وخصائصه:

عبر التاريخ الماضي اكتسب هذا الاضطراب العديد من التصنيفات أو
المسميات التي وضعته في زمرة معينة، فتارة وضع تحت مسمى الميلانخوليا

الدينية religious melancholy وتارة أخرى تحت مسمى التملك أو الاستحواز الشيطاني domain posession، وتارة ثالثة تحت مسمى مرض الشك doubting disease.

ومن شدة قسوته وبيان مدى المعاناة التي يعاني منها المصابين به وصفه أحد المرضى بأنه " دوامة الجحيم " a vortex of hell في إشارة منه إلى أنه دوامة من الألم والمعاناة، دوامة توقف عن الحياة أو العيش. (James Broatch, 2006)

وإذا كان مرض كمرض "هشاشة العظام" قد وصف بأنه " القاتل الصامت "، فقد وصف اضطراب الوسواس القهري بأنه " الوباء الخفي " a hidden epidemic وهو إشارة إلى أن هذا الاضطراب لا يزال في حاجة إلى المزيد من البحوث من أجل التعرف إليه كاضطراب سيكاتري، وإلى كافة أعراضه سواء على مستوى الأشخاص المصابين به – خصوصًا في حالة عدم استبصارهم به - أم المتخصصين. وليس أدل على ذلك من أن الدراسات التي درست هذا الاضطراب لم تدرسه بشكل متعمق إلا بعد الثمانينات من القرن الماضي، وهذا سوف يتضح فيما بعد. (Robert McLellarn, 2006)

ومع الوقت والدراسات العديدة – تحديدا بعد عام ١٩٨٣ - أمكن التوصل إلى أن هذا الاضطراب يتميز بخاصيتين الأولى: مجموعة من الأفكار والصور الذهنية الملحة – الأفكار التسلطية - التي تخترق عقل المبتلى به، سالبة إياه إرادته في مقاومتها مهما حاول وجاهد طردها بعيدة عنه. وهو مع قناعته بأنها تنشأ من داخله، إلا أنه يدرك أنها غير صحيحة وتافهة، وغير معقولة أو مقبولة.

أما الثانية: فهي السلوك القهري الواعي الذي يجد الفرد المبتلى نفسه مجبراً على القيام به دون أدنى إرادة منه، وهذا السلوك أو الفعل يكون غرضه درء القلق الناشئ عن سيطرة أو تسلط الأفكار القهرية.

أعراض الوسواس القهرى:

نتناول فيما يلي أعراض الوسواس القهري من خلال الخصائص التي تميزه وهى الوساوس والقهور، وذلك على النحو التالي:

الخصائص العامة للوساوس:

١- هى أفكار اقتحامية غير مرغوبة، كما أنها دفعات أو صور أو مزيج منها، وهى تدرك أو تعرف بأنها داخلية المنشأ.

(Lindsay and Powel, 1994:52)

٢- هى تلك الأفكار التي تتكرر ولا يمكن تجاهلها أو إنكارها، وهى غالبا تسبب تهديداً للفرد، وتكون تلك الأفكار من القوة والتكرار ما يجعلها تؤثر على الوظائف العادية للفرد.

(عادل عبد الله، ٢٠٠٠: ٢٣٩؛ **Markus, et al., 1989:336**)

٣- الأفكار ليست اقتحامية فقط ولا متكررة، لكنها تتسم بكونها تكرار متسلط وملح لأفكار أو كلام أو أوامر تستولى على شعور المريض، ويسمعها عادة داخل رأسه، وأحيانا فى صدره، ولا يستطيع المريض نبذ أو مقاومة الافكار المتسلطة أو قمعها، ولا يستطيع الفكاك منها، ولا تخليص ذاته من سيطرتها (ولو جد فى ذلك الجد كله) وهى بذلك تقلق شعوره وتفسد عليه حياته. (**Tolin, et al., 2002**؛ عبد الرءوف ، ١٩٩٣: ٢٢١،عبد العلي الجسماني، ١٩٩٨: ٥٩-٦٠)

٤- الوساوس معتقدات دائمة أو ثابتة تتسم باللاعقلانية واللاواقعية كما أنها تتسم بالغباء والتشويش، وتكون منفرة ومثيرة للإشمئزاز **repulsive**.

(Michael Nietzel, 1998: 332 ؛ Anna DeJdar, 2006 ؛ NIHM, 1994)

٥- الوساوس تدفع نفسها بشكل لحوح Thrust persistently نحو اللاشعور، وضد رغبة شعورية يعاني منها المريض.

(Arthur and Lawrence, 1963:78)

٦- الفكرة الوسواسية قد تختفي ليحل محلها فكرة أخرى لتختفى حتى تعود الفكرة الأولى أو تحل ثالثة محلها، كما قد تجمع أكثر من فكرة وسواسية فى نفس الوقت. ويكون ذلك بشكل نمطي لا يتغير ولا يتعدل، قهراً أو قسراً، وقد تجد الوساوس معارضة من الداخل – مقاومة داخلية internalr esistance– بأفكار أخرى – الأفكار المتناقضة – (contrast ideas) مرفوضة وغير مستساغة.

(فرج عبد القادر طه، ١٩٩٩: ٢٩٥، عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٩: ٧٢٠)

هذا وينبغي التمييز بين الوساوس الطبيعية، وهى منتشرة بين عامة الناس ولا تمثل أدنى مشكلة، وغير الطبيعية – كالسابق الإشارة إليها - وهى المرتبطة باضطراب الوسواس القهري. وهذا ما أكدته أحد الدراسات، إذ قدمت لعينة من الأصحاء من طلاب الجامعة قائمة تتكون من (٧٠) بنداً تشير جميعها إلى وساوس طبيعية وغير طبيعية، وطلب منهم أن يحددوا ما إذا كانوا قد مروا بخبرات تشير إلى تلك الوساوس أم لا.

وكانت النتيجة أن الطلبة استطاعوا أن يميزوا بين الوساوس الطبيعية وغير الطبيعية المرتبطة بالوسواس القهري.

(Eric; Jesse and Peter, 2007)

الخصائص العامة للقهور:

١- هى أفعال قصدية purposeful متكررة يؤديها الفرد وفق قواعد معينة، أو تتم بطريقة طقسية، وذلك استجابة لأحد الوساوس وطبقاً

لقوانين معينة، أو بشكل متكرر نمطي، وخطط هذه الأفعال أو السلوكيات لتقليل أو منع عدم الراحة، أو بعض الأحداث أو المواقف المخيفة إلا أنه: إما أن النشاط غير مرتبط بطريقة واقعية مع ما خطط لمنعه، أو أنه مبالغ فيه بشدة. (محمود حمودة، ١٩٩١: ٣٥٧؛ Philip;Zimbardo and Ann, 1994:503؛ ممتاز عبد الوهاب، ٢٠٠١: ٣٧)

٢- القهور إما أن تكون سلوك مدفوع بعوامل تجبر الشخص على أن يتصرف ضد مبادئه، أو هى حالة سيكولوجية يشعر بها الفرد بأنه مقهور، أو هى القوة الكامنة التي تجبر الفرد على أفعال معينة.

(جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي، ١٩٨٩: ٦٩٠)

٣- الأفعال القهرية كالوساوس كثيرة الشيوع؛ لكنها ليست مرضية دائماً، وهى تبطل الوساوس بشكل مؤقت أو تخفف من القلق المسبب لتلك الأفعال القهرية، والفرد يظل يكدح أو يقاوم تلك الأفعال خصوصاً عندما تكون عسيرة أو إلزامية، والجهد المبذول في هذه المقاومة غالباً ما يكون جسدياً أو عقلياً. (شيلدون كاشدان، ١٩٨٤: ٦٣؛ Michael Nietzel, 1998 : 232 – 233)

٤- الأفعال القهرية غير مفيدة وغير معقولة، وليس لها معنى منطقي لدى الغير، ولا تحقق الفائدة للمريض، وهى تتميز بالسخافة، وقد تتفاقم إلى حد أنها تعوق الفرد عن ممارسة حياته العادية.

(حسن مصطفي، ١٩٩٨ : ٣٥٧ ؛ فرج عبد القادر طه، ١٩٩٩: ٢٩٦)

ويمكن القول: أن الفعل يوصف بأنه قهري- وفقاً لرأي الطب النفسي - إذا توافرت فيه الشروط التالية:

أ- أن يحس المريض أنه مرغم على فعل معين يراه بلا جدوى أو زائد عن الحد الطبيعي، أو أن يفعل شيئاً يفعله كل الناس ولكن بشكل طقسي مبالغ فيه وحسب قواعد صارمة.

ب- أن يحاول المريض منع نفسه من تكرار الفعل، ولكنه يفشل دائما بسبب ما يعتريه من ضيق وتوتر – وغالبا ما يكون ذلك بسبب الأفكار التسلطية المصاحبة – كلما منع نفسه من تكرار الفعل.

ج- أن تكون الاستجابة للأفعال القهرية بنوعيها الحركي والعقلي من قبل المريض من أجل منع أو إنقاص المعاناة المصاحبة للامتناع عن فعلها، أو من أجل حدوث مكروه؛ لكن ذلك إما غير منطقي من حيث العلاقة بين الفعل القهري والحدث المخشي، أو أن الفعل مبالغ فيه بشكل واضح. (وائل أبو هندي ، ٢٠٠٣ : ٥٦)

وينبغي التأكد من جملة الأعراض والسمات الإكلينيكية المميزة للوسواس القهري باعتبارها دالة عليه، وغير متداخلة مع أعراض لاضطرابات أخرى، فالتخزين (hoarding) – كما أشارت إحدى الدراسات – وإن كان يظهر كعرض شائع من أعراض الوسواس القهري؛ إلا أنه عرض شائع في الاكتئاب أيضاً. (Kevin and David, 2004)

أسباب الوسواس القهري Etiology :

إن السؤال عن كيفية حدوث الفكرة التسلطية، ولماذا تحدث في مريض ما بالذات؟ ولماذا الآن؟ ولماذا تصبح تسلطية؟ على الرغم من أنها يمكن في فرد أخر أن تمر عابرة ولا تسبب إلا القليل من الضيق العابر.

وبرغم تباين الأسباب التي تفسر أسباب الوسواس القهري إلا أنها لا تسمن ولا تغني من جوع وما هى إلا ملاحظات وقياسات لا نستطيع دائماً

إثباتها في كل المرضى، لأنها برغم تعدد البحوث والدراسات، إلا أنها – أي الأسباب – غير محددة أو مؤكدة. (وائل أبو هندي، ٢٠٠٣: ١٥١– ١٥٣؛ (Mark; and Eddy, 1998.

وعلى الرغم من هذا ظهرت تقسيمات عديدة لأسباب الوسواس القهري، بعضها أرجع الوسواس القهري إلى عوامل بيولوجية، وعوامل سلوكية، وعوامل اجتماعية، وعوامل نفسية، وهناك من ربطها بالميول الجنسية والعدوانية وما مر به الفرد في طفولته المبكرة قبل أن تظهر عليه أعراض الوسواس القهري في مرحلة تالية من العمر، بل هناك من أشار إلى أن من أسباب الوسواس القهري، الضغط العصبي، والظروف المحيطة بالفرد، ووضع الشخصية قبل المرض، والتكوين الشخصي لمريض الوسواس القهري وغير ذلك.

ولا يمكن القول بأن هناك سببٌ ما أو أسباباً تكمن بشكل مباشر وراء الوسواس القهري، وإن وجد سبباً فهو بسبب وجود علاقة بين الإصابة بالمرض والأسباب الآتية في بعض المرضى ومنها:

أولاً: العوامل البيولوجية:

أ- الناقلات العصبية:

يتصدر الكلام عن الناقل العصبي السيرتونين (Serotonin) اليوم معظم الكلام المكتوب عن أسباب الوسواس القهري منذ ما يزيد على عقد من الزمان، فقد تبين أن اضطراب – نقص– نسبة النواقل العصبية في الفراغات الموصلة بين خلايا الدماغ وأهمها مادة السيرتونين وهى المادة الأهم في اضطراب الوسواس القهري، يؤدي للكثير من الاضطربات كالوسواس القهري

والاكتئاب والاندفاعات والسلوك العدواني، وأمراض القلق الأخرى.
(Barbarich, 2002 ؛ وائل ابو هندي،٢٠٠٣: ١٤٠؛علي جابر، ٢٠٠٥)

لقد أشارت الأبحاث إلى أن اضطراب الوسواس القهري يتضمن مشكلات في الاتصال بين الجزء الأمامي من المخ (المسئول عن الإحساس بالخوف والخطر) والتركيبات الأكثر عمقاً للدماغ (العقدة العصبية القاعدية التي تتحكم في قدرة الرد على البدء والتوقف عن الأفكار) وتستخدم هذه التركيبات الناقل العصبي الكيميائي السابق الإشارة إليه (السيرتونين) الذي ثبت أنَّ هناك علاقة وثيقة بينه وبين اضطراب الوسواس القهري.

(محمود جمال أبو العزايم ، ٢٠٠٧ ؛ Ranjit, et al., 1999 ؛
(Charney, et al., 1988

هذا ويلاقى الفرض الخاص بالسيرتونين تدعيماً مباشراً من الدراسات التي أجريت حول فعالية بعض العقاقير المنشطة للسيرتونين والتي تستخدم كمثبطات لاسترجاع السيروتونين مثل:

1- fluoxetine (prozac)
2- sertaline (zofolt)
3- paroxetine (paxi)
4- clomipramine (CMI)
5- fluvoxamine (luvox)

والأخير أوصت به منظمة الأدوية الأمريكية كعلاج للوسواس القهري لدى الأطفال. (Dan Egli, 1998)

ب ـ الصور الإشعاعية للدماغ (المقطعية والرنين المغناطيسي):

أظهرت الدراسات زيادة في معدل نشاط فصوص المخ الأمامية، حيث ثبت وجود اختلال بوظائف بعض فصوص الدماغ (الفص الأمامي)، ونوات

الكودات Nucleus Caudate (النوى القاعدية خاصة النواة المذنبة أو المذيلة) ومجموعة الدارات الكهربية العصبية circuitry neuron للجهاز العصبي المركزي. Cherlene, and Pedric, 2006) ؛(Vijai, 1996

وكذلك وجود زيادة في منطقة الحزام cingulum، مع وجود نشاط مفرط في عمليات الأيض، وتدفق الدم في بعض مناطق الدماغ. وهناك ما يؤكد وجود ضمور في بعض الأجزاء الداخلية والعميقة من الدماغ كما تؤكده الأشعة المقطعية والرنين المغناطيسي. (وائل ابو هندي، ٢٠٠٣: ١٤٠ ؛ علي جابر، ٢٠٠٥ (Yarura-Tobias, 2005).

وقد أشارت نتائج إحدى الدراسات التي طبقت تقنية الرنين المغناطيسي لدراسة اضطراب الوسواس القهري إلى وجود شذرات مدارية تزداد في النصف الأيمن لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري مقارنة بعينة ضابطة من الأسوياء. (ليونارد وكريس، ٢٠٠٣)

كما تم دراسة عينات من مرضى اضطراب الوسواس القهري باستخدام الرسم السطحي لإطلاق البوزيترون أو ما يسمي بانبعاث البوزيترون، فتبين أن مرضى الوسواس القهري لديهم معدل مرتفع للتمثيل الغذائي للجلوكوز في الفص الأمامي للمخ والممر الحزامي الذي يربط الفص الأمامي بالأنوية القاعدية، كما وجد أن زيادة معدل التمثيل الغذائي للجلوكوز ترتبط بحدة الوساوس القهرية للمريض.

(محمد السيد عبد الرحمن، ٢٠٠٠ "أ": ٢٧٨)

وقد ذهب البعض في تفسير مرض الوسواس القهري إلى أن سببه هو وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ، وتسبب هذه البؤرة حسب مكانها في اللحاء فكرة أو حركة أو اندفاعًا، وتستمر هذه الدائرة الكهربائية في نشاطها رغم محاولة الفرد في مقاومتها، تمامًا كما تتعطل الإسطوانة وتكرر

نفس النغمة، وتستمر كذلك إن لم يحركها الفرد إلى نغمة أخرى. وهذه البؤرة وإن كانت في حالة نشاط مستمر، ولكنها على اتصال دائم بكافة الدوائر الكهربائية في لحاء المخ، ولذ يتبين للمريض عدم صحة هذه الفكرة لأن بقية اللحاء أو مراكز الفكر تقاوم هذه البؤرة، ويختلف ذلك عن هذاءات العظمة أو الاضطهاد والذي يسببه بؤرة كهربائية في اللحاء ولكنها عزلت نفسها عن باقي اللحاء بعملية انفصال عن باقي الدوائر الكهربائية، ولذا فالمريض يؤمن بصحتها نظرًا لعدم وجود نشاط لحائي على اتصال بهذه البؤرة لمقاومتها أو الكف من نشاطها. (أحمد عكاشة، ١٩٨٠: ٩٨)

جـ- الوراثة:

وراثة اضطراب الوسواس القهري وانتقاله بين الأباء والأمهات والأقارب إلى المصابين بالوسواس القهري، تباينت فيها نتائج الدراسات والبحوث، فهناك من قال بوجود احتمال ضعيف للعامل الوراثي، ومن قال بعدم وجود دليل قوي يشير إلى استعداد جيني أو حدوث المرض لدى الأقارب وانتقاله للمرضى المصابين به.

(محمود حمودة،١٩٩٣: ٢٦٢؛ Arnold, 1986: 26)

غير أن ما يدل على أهمية هذا العامل – الوراثة – هو أننا نجد أن شخصية والديّ المريض بهذا الوسواس تتصف أيضاً بالنزعة إلى الوسواس.

(عمر شاهين ويحيي الرخاوي، ١٩٧٧ : ١٥٥)

وبرغم التسليم بوراثة هذا الاضطراب إلا أن هذا لا يعني التسليم بأن الفرد سوف تكون لديه الأعراض الوسواسية – القهرية، حتى لو كان الوالدان أو أحدهما لديه إشارة مؤكدة على وجود اضطراب الوسواس القهري.

(AACAP, 2005)

هذا وقد أجريت العديد من الدراسات على التوائم أحادي اللاقحة mono zygotic – أي التوائم المتماثلة – ، وازدواجي اللاقحة dizygotic - أي التوائم غير المتماثلة- ، وعلى الأسر والأقارب وكلها أكدت على أن هذا الاضطراب له أساس وراثي.

(Zhonghua, 1998 ؛ Mehmet, 2005 ؛ Michael, et al., 1998)

ثانياً العوامل السلوكية:

التفسير السلوكي لهذا الاضطراب يعتمد على نظرية التعلم، فهي ترى أن الشخص يكتشف قدرة فعل معين على تقليل القلق والتوتر المرتبطين بفكرة تسلطية ما، ويجد الشخص نفسه يكرر ذلك الفعل إلى أن يصبح فعلاً قهريًا بالتدريج. (وائل أبو هندي، ٢٠٠٣: ١٤٤)

وطبقاً لواضعي نظرية التعلم، فإن الوساوس هى عبارة عن مثيرات شرطية، فالمثير الطبيعي يرتبط بالخوف أو القلق من خلال عملية الاستجابة للتشريط. ويحدث أن تقترن الوساوس بحوادث قلقة بطبيعتها أو تكون مولدة للقلق. ومن هنا فإن الأشياء الطبيعية والأفكار تتحول إلى مثيرات شرطية تكون لديها القدرة على الحث أو التحريض provoking على القلق وعدم الراحة.

أما القهور فيتم تثبيتها بعدة طرق، فالشخص يكتشف أن هناك أفعالاً معينة يقوم بها، وأنه حين يقوم بها، فإنها تخفض أو تقلل من القلق المرتبط بأحد الأفكار الوسواسية.

وهكذا يقوم الفرد باستراتيجيات معينة الغرض منها السيطرة على القلق، ويكون ذلك على شكل قسور أو قهور، أو في شكل سلوكيات طقسية. وبالتدريج؛ ولأن تلك الطقوس أو السلوكيات تثبت كفاءتها في خفض الدافع

الثانوي المؤلم a pain second drive (وهو القلق)، فإن استراتيجيات التجنب يتم تثبيتها كأنماط متعلمة من السلوكيات القهرية.

(Harold; Benjamin, and Jack, 1994: 600)

ثالثاً : التفسيرات النفسية والاجتماعية:

استطاع "فرويد" فيما بين عام (١٨٩٤ – ١٨٩٥) أن يعزل الحواز(الوسواس القهري) كتصنيف عصابي قائم بذاته بجانب الهستيريا، في وقت كان فيه معظم المؤلفين يدرجون الوساوس ضمن جملة أعراض syndrome تشكل الانحلال العقلي، أو يخلطونه مع النيراستينيا على حد قوله في مقالته المبكرة "الوراثة وامتصاص أسباب الأعضبة".

وفي مقالته عن الأعصبة والأذهنة كدفاع (١٨٩٤) قام فرويد بتحليل الميكانيزمات النفسية للوساوس، ثم اتجه بعدها لضم تلك الأعراض الوسواسية المتنوعة من قبل المشاعر والأفكار القهرية، بل والسلوك القهري ضمن عصاب مميز تحدد شيئاً فشيئاً باعتباره وسواسًا قهريًا (وهو يقوم على قهر تكرار الأفعال أو الأفكار) تأكدت بنيته والاهتمام بها بعد ذلك بأكثر من الاهتمام بالأعراض التي يقوم بها.

(حسين عبد القادر، ١٩٩٣: ٨٤٥ ـ ٨٤٦)

لقد وصف فرويد ثلاث آليات (حيل) دفاعية تحدد شكل وكيفية الوسواس القهري هى العزل والإبطال (Undoing) والتكوين العكسي.

فالعزل يكون لحماية الشخص من القلق من تأثير الحفزات الغريزية، وفي حالة نجاح العزل تمامًا فإن الحفزات وما يرتبط بها من وجدان (مشاعر) تكبت تماماً، ويعي فقط فكرة عارية من المشاعر وإن كانت مرتبطة بها. أما الإبطال فيرجع إلى التهديد* الدائم أن الحفزة قد تهرب من خط الدفاع الأول وهو

العزل وتصبح طليقة فيواجه الشخص القلق، ولذا يتكون خط الدفاع الثاني في إبطال الحفزة الغريزية بفعل الوساوس. أما دور التكوين العكسي فليس في تكوين الأعراض بقدر ما يكون في نمط السلوك الظاهر والمواقف التي يعيها الشخص والتي تظهر العكس تماماً للحفزات التي تكمن خلفها.

ولوحظ في علاقة الشخص والوسواس بما يسمى ثنائية المشاعر ambivalence وهى حب الموضوع وكراهيته هذا الصراع من تناقض الانفعالات قد يلاحظ في نمط الفعل السلوكي وعدمه.

هذا وينكص الوسواسي إلى طريقة التفكير السحري (وهى طريقة أولية للتفكير) علاوة على وجود نزعات. أي أن وظائف الأنا والغرائز تختل بالنكوص فيتصور أن مجرد تفكيره في حدث ما في العالم الخارجي سوف يوقع الحدث دون فعل مباشر، وهذا يجعل مجرد الشعور بنزعة العدوان مخيفًا لمرضى الوسواس القهري. (محمود حمودة، ١٩٩١: ٣٦٢ ـ ٣٦٣)

هذا وتوحي نظرية التحليل النفسي التقليدية أن الوساوس تأتي من حفزات الهو المكبوتة، والهو هو الجزء البدائي الراغب من الشخص والذي توجهه التخييلات، وتلك الحفزات تميل إلى أن توجد لدى:

١ - الأشخاص الذين عانوا من الجروح الانفعالية في طفولتهم.

٢ - الأشخاص الذين تمت تنشئتهم ويعيشوا حياة منصاعة تقليدية من الناحية الأخلاقية.

وعلى العكس من الهو نجد أن الأنا الأعلى Super ego وهو الجزء الأخلاقي من الشخصية لا يسمح للهو بالتعبير عن حفزاته سواء على مستوي الشعور أم الفعل. (فرانك برونو، ١٩٩٣: ٢٩٥)

رابعاً: الأحداث الحياتية:

يكمن في التاريخ المرضي لمرض الوسواس القهري أسباب حياتية وبيئية لها علاقة بالإصابة بهذا الإضطراب، فالأعراض أو الأسباب لا يقف خلفها فقط الأسباب الوراثية أو نقص السيرتونين، أو حتى الأمراض العصابية المصاحبة لهذا الاضطراب – كما ذكر من قبل – وغير ذلك من الأسباب العديدة.

فربما كان في التاريخ المرضي لأكثر من نصف المرضى بهذا الاضطراب ما يشير إلى علاقة بداية الاضطراب بحدث حياتي معين، وهذا الحدث غالبًا ما يكون سيئًا بسبب خبرة سلبية مر بها الفرد في حياته، ومثال ذلك ما يمر به الفرذ (ذكراً أو أنثى) من خبرات قبل الامتحان أو بعد الولادة أو الإجهاض أو بعد بداية الخدمة العسكرية أو موت أحد الأقارب أو بعد الزواج أو أثناء الحمل أو بعد الولادة (عندما يحدث الوسواس القهري بعد الولادة قد يكون حاداً خصوصاً إذا كانت السيدة تعاني من اكتئاب أو قلق الأثنين معاً) أو أي حدث حياتي أخر. (وائل ابو هندي، ٢٠٠٣: ١٥١؛ (Lesley, 1999Kevin and David, 2004

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل:

المسار المرضي لاضطراب الوسواس القهرى طويل طويل من حيث المدة الزمنية، فتطور أو تقدم المرض يظهر قدرًا كبيرًا من التغيرات التى تحدث للفرد عبر الزمن، بمعنى أن التغير في سلوك الفرد لا يبقى على وتيرة واحدة، ولا يسير بنظام محدد، فالتغير يحدث مع مرور الزمن، ويتراوح بين الشدة والبطء، بين الظهور والاختفاء، بين التصريح بوجود المرض وعدم الجهر به أوالكشف مجردالكشف عنه.

وهذا ما يجعلنا ندرك أن كثيرًا من المرضى يستمرون في معاناتهم سرًا فترة طويلة، ربما تصل إلى سنوات عديدة، وهم يخجلون من الشكوى من معاناتهم، أو يخافون من وصفهم بالجنون أو الكفر.(خصوصاً في الوساوس الدينية) وهناك أيضا من يعانون ولا يعرفون أن ما يعانون منه مرض يمكن أن يعالج.

وحين يطلب المرضى العلاج فإن (٧٠ %) منهم – بصفة عامة – يظهرون قدرًا من التحسن في أعراض المرض لديهم. وبرغم هذا يظل اضطراب الوسواس القهري مرضاً مزمناً – فالتحسن لا يعني الشفاء – لدرجة أنه يتعاظم wax ويتضاءل wan في درجته وذلك خلال حياة الفرد.

وهناك (١٥ %) من المرضى يظهرون أعراضاً متقدمة في السوء، كما تتعطل الكثير من وظائف الحياة لديهم. كما أن هناك (٥ %) من المرضى تسكن remission حدة المرض لديهم بشكل كامل بين سلسلة أحداث من سورات المرض. وتبقى نسبة مئوية معينة تصل درجة الأعراض بهم إلى درجة الإعاقة أو العجز disability ومقاومة العلاج، وهؤلاء قد يتطلب الأمر لهم تجارب طبية متعددة، أو أن تتم إحالتهم إلى مراكز طبية متخصصة لتلقي العلاج بالعقاقير أو الترشيح للتدخل الجراحي العصبي.

وجدير بالذكر الإشارة إلى حدوث تغيرات في نمط الأعراض عبر المسار المرضي فبعض الأفراد قد يعانون من فكرة وسواسية أو فعل قهري، ويستمر ذلك لعدة أشهر ثم يختفي هذا الفعل أو تلك الفكرة الوسواسية. وقد لا تكون هناك وساوس أو قهور لعدة سنوات ثم تعود دون معرفة سبب واضح أو ظاهر apparent.

ويعني هذا أن اضطراب الوسواس القهري الذي يأتي لا يذهب كلية أو تمامًا، حيث هناك نمط شائع وهو الشخص الذي لديه عود من القهور أو

الوساوس والتي قد تكون شديدة جداً عليه، ثم تقل lessen على الاقل لفترة من الوقت لكنها لا تختفي تمامًا.

وبداية ظهور الأعراض غالبًا ما تكون في العقد الثالث من العمر، أي ما بين العشرين والثلاثين، وإن كانت تظهر في سني المراهقة أو حتى الطفولة في بعض الحالات وغالبًا ما يكون المسار تدريجياً بمعنى زيادة حدة الأعراض.

وكما قيل من قبل – بمرور الوقت – وإن اختلفت مواضيع الوساوس والافعال القهرية من فترة لأخري، فالذين يعانون من إعادة التحقق في فترة، يتحولون إلى مسرفين في غسيل أيديهم على امتداد المسار المرضى. وفي نسبة تصل إلى (٨٥%) من المرضى يكون المسار المرضي للوسواس القهري مستمراً ما بين فترة اتقاد الأعراض وانطفائها.

وهناك حالات يكون فيها ذلك المسار النوبي تعبير عن اضطراب وجداني مستمر تكون النوبة الوسواسية فيه بمنزلة نوبة بديلة عن الاكتئاب، ولعل ما يدل على ذلك هو حدوث أعراض نوبات الابتهاج لدى بعض هؤلاء المرضى بعد استعمالهم لعقار" الكلوميبرامين " إلا أن المسار لا يعتمد على نوعية الأعراض أو محتوى الأفكار التسلطية أو الأفعال القهرية؛ لكن ذلك لا يمنع وجود علامات تشير إلى مآل أسوأ في بعض الحالات مثل:

أ- الاستسلام للأفعال القهرية بدلاً من مقاومتها.

ب- وجود بعض الاقتناع أو الاقتناع التام بالأفكار الوسواسية بدلاً من رفضها.

جـ- أن تكون الأفعال القهرية غريبة وشاذة.

د- وجود اضطرابات شخصية، كما يتضح من تاريخ حياة المريض قبل الإصابة بالمرض خاصةً اضطراب الشخصية فصامية النوع Schizotypal personality disorder.

هـ- أن تكون بداية أعراض الاضطراب في سن الطفولة.

و- أن يكون تأثير الأعراض في حياة المريض وأدائه الوظيفي كبيراً إلى الحد الذي يستدعي دخوله المستشفي.

ز- وجود تاريخ للوسواس القهري في عائلة المريض.

حـ- أن يتأخر المريض في اللجوء إلى الطبيب النفسي.

أما العلامات التي تشير إلي مآل أفضل فهي:

١- أن يُظهر التاريخ الشخصي للفرد قبل المرض قدراً جيداً من التوافق والتكيف الوظيفي والاجتماعي ؛ لأنّ ذلك يشير إلى شخصية متكيفة مع الحياة بطبيعتها.

٢- أن تتزامن بداية الأعراض مع حدث حياتي له تأثير في حياة المريض؛ أي أن تكون هناك زيادة في الضغوط النفسية الحياتية، أو الكرب في الفترة التي تسبق أو تصاحب بداية حدوث المرض، ومن أمثلة ذلك الولادة أو الإجهاض أو الزواج أو إصابات الرأس التي ينتج عنها ارتجاج في المخ أو استخدام المخدرات لأول مرة.

٣- أن تكون الأفكار التسلطية أو الأفعال القهرية التسلطية أو الأفعال القهرية عرضية في حياة المريض، أو بمعنى أخر أن يكون ظهورها مؤقتاً أو محدوداً من حيث المدة الزمنية، حتى وإن تكررت على شكل نوبات.

٤- أن تكون مدة معاناة المريض من الأعراض قبل عرضه على الطبيب النفسي قصيرة؛ لأن هناك ما يشير إلى استجابة أفضل للعلاج كلما قصر عمر الأعراض. (وائل أبو هندي، ٢٠٠٣: ١٩١ – ١٩٤ ؛ Sarah Aronson, 2004 ؛ Jim Candler, 2006)

تشخيص الوسواس القهري:

عندما نواجه أى أعراض قهرية يجب التساؤل أولاً: هل هذه الأعراض ثانوية لأعراض أخرى أم أنها أعراض قهرية من مرض الوسواس القهري؟

ولمعرفة ذلك يجب الاستماع وفحص المريض جسمياً ونفسياً بدقة شديدة، إذ تظهر الأعراض القهرية بكثرة مع الأمراض العضوية مثل الحمى المخية. كما أن مرضى صرع الفص الدماغي temporal lope epilepsy يظهرون أيضاً أعراضاً تتشابه مع أعراض اضطراب الوسواس القهري.

وكثيراً ما يبدأ الذهان الدوري واكتئاب سن اليأس بأعراض قهرية، وبالطبع تكون الشخصية هنا دورية، والنوبات متكررة، وتصاحبها الأعراض الفسيولوجية والسيكولوجية لمرض الاكتئاب، كذلك الشعور بالذنب وتأنيب الضمير.

ويصعب التشخيص أحياناً عندما تبدأ الأعراض القهرية في شخصية إنطوائية، مع اضطراب السلوك، وغموض الأفكار القهرية، خصوصاً إذا صاحبتها بعض الأعراض الخيلائية، فهنا سيتجه الشخص ناحية الفصام، ويجب تقرير ذلك في بدء الأمر حيث إن علاج هذا المرض يختلف تماماً عن الوسواس القهري.

ويتضح لنا تفاعل الأعراض القهرية مع معظم الأمراض النفسية والعقلية فيصاب مريض الوسواس القهري بالاكتئاب التفاعلي، وكذلك يفجر مريض الاكتئاب الذهاني أعراضاً قهرية، ثم إن بعض مرضى الوسواس القهري يصابون بالفصام، وكذلك فالفصام يبدأ أحياناً بأعراض قهرية، والأخير – الفصام- يجب أن يعالج بعناية باختيار أدوية مثبطات استرجاع السيروتونين عندما تصاحبه أعراض الوسواس القهري.((أحمد عكاشة ،

Ohta; ؛ Frances Monaco , et al., 2005 ؛ ؛١٠٧ : ١٩٨٠
(Kokai and Morita ,2003

لذا فإنه من الصعب إكلينيكياً عزل وتشخيص اضطراب الوسواس القهري، فهناك ظروف أخرى لها نفس أعراض الوسواس القهري، وبالرغم من أن هذه الأعراض تعد بمثابة إشارة أو دليل للوسواس القهري؛ إلا أن محتوى أو سياق الوسواس القهري مثل الانشغال بمظهر أو منظر الجسد كما هو الحال في حالة اضطراب التشوه الجسدي Body dysmorphic disorder، والقلق كما يبدو في الخوف من الأشياء أو الفوبيات، أو شد الشعر كما هو الحال في اضطراب هوس الشعرtrichotillomania، أو الانشغال بالمرض في وجود توهم المرض، أو الانشغال بالمحثاث أو المحرضات الجنسية في وجود الشذوذ أو الانحراف الجنسي.

كل هذا يجب أن يتم التعرف عليه وإدراكه من قبل طبيب متخصص، وإلا فإن التشخيص سوف يكون في غير ما يجب أن يكون عليه. وعلاوة على ما سبق فإن ظاهرة المصاحبات المرضية لاضطراب الوسواس القهري يمكن أن تعقد التشخيص. ويؤكد هذا دراسة مسحية بينت أن (٦٦%) من مرضى الوسواس القهري يعانون من الاكتئاب الأساسي، و(٢٦ %) منهم يعانون من اضطراب الفزع، و(٢٣%) منهم يعانون من اضطراب تشوه الجسد، و(٥%) منهم يعانون من أعراض اضطراب توريت tourett's syndrome.

هذا ومن الأفضل أن يتضمن التشخيص المقابلة الإكلينيكية والتي من خلالها يمكن التعرف إلى ما يعانيه الفرد من سيطرة الأفكار أو الطقوس السلوكية، وهذا يعد بمثابة المنهج الأولي في تشخيص هذا الاضطراب، ويوجد بجانب هذا مقاييس سيكومترية تعد بمثابة أداوات مفيدة في الكشف عن اضطراب الوسواس القهري مثل مقياس "يل– براون" للوسواس

وغيره من المقاييس السيكومترية التي تسهم في الكشف عن وجود اضطراب الوسواس القهري.

(Stanely, et al., 1999 ؛ Mark and Gordon, 1998)

ولا تتوقف المقابلة الإكلينيكية على تحديد الوساوس والقهور، فتلك أمور معروف مقدمًا الغرض منها خصوصًا عندما تكون المقابلة بغرض التعرف إلى اضطراب الوسواس القهري، لكن هناك مقابلات لا يكون الغرض منها ذلك، مثل المقابلات التي تجرى مع مدمني الكحول، تلك المقابلات إذا وجهت بشكل صحيح، فإنه يمكن الكشف عن الوسواس القهري حيث يكون كامنًا بل يمكن ببساطة إغفاله وعدم الالتفات إليه، ففي إحدى الدراسات التي أجريت على (٥٠) من متعاطي الكحول تبين بعد توجيه أسئلة إليهم متعلقة بالوسواس القهري أن (٣) منهم بنسبة (٦%) يعانون من الوسواس القهري بشكل واضح. وهذا له فائدة خصوصاً في عملية العلاج حيث يكون مزدوجاً، الأول: للتخلص من أعراض الوسواس القهري، والثاني: للمساعدة في الإقلاع عن إدمان الكحول. (Eisen and Rasmussen, 1989)

ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى أن المصاحبات المرضية لاضطراب الوسواس القهري كثيرة، ولعل من أهمها:

١- اضطراب الاكتئاب الأساسي.
٢- اضطراب الفزع أو الرعب.
٣- اضطراب التشوه الجسدي.
٤- اضطراب القلق العام.
٥- الفوبيا الاجتماعية.
٦- اضطراب فرط الانتباه.

٧- مجموعة أعراض اضطراب توريت.

٨- الاضطربات المرتبطة باللزمات.

٩- اضطراب هوس الشعر.

١٠- التهاب الجلد العصبي. Neurodermatitis

١١- الصعر ذاتي المنشأ. idiopathic torticollis

١٢- اضطرابات الأكل والسلوك الجنسي والمقامرة المرضية والإدمان.

والأخيرة ليست قهوراً حقيقية لأن الشخص يحصل على لذة من أي منها، وقد يرغب في مقاومتها فقط بسبب نتائجها الضارة، ونفس الشئ هوس السرقة (kleptomania).

(محمد السيد عبد الرحمن، ٢٠٠٠أ: ٢٧٦-٢٧٧؛ محمود حموده، ١٩٩٠: ٣٦٠-٣٦١؛ Bruce, et al., 2001)

وليس بمستغرب أن مرضى الوسواس القهري يظهرون دلالات لمخاطر الانتحار قد تصل إلى نسبة (٢٥%)، وتلك المخاطر تزداد كلما ازدادت هذه الأعراض لدى المصابين بهذا الاضطراب. (Torres, et al., 2006)

وأخيراً ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV. 1994) الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي، نجد أنه قد وضع المحكات التشخيصية التالية لاضطراب الوسواس القهري تحت عنوان عام هو اضطرابات الحصروتحدده المعايير الآتية:

أولاً: وجود إما وساوس أو أفعال قهرية.

تعرف الوساوس بـ ١، ٢، ٣، ٤

١- أفكار متكررة مستمرة، اندفاعات أو تخيلات (صور) خبرها الفرد في بعض الأوقات أثناء الاختلال أو الاضطراب وتبدو مقحمة أو متطفلة وغير مناسبة وتؤدي إلى شعور الفرد بالقلق أو الأسى الواضح.

٢ـ الأفكـار، الاندفاعـات، أو التخـيلات، لا تسـبب ببسـاطة زيـادة الانشـغال بمشكلات الحياة اليومية.

٣ـ محـاولات من الشـخص لتجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار والاندفاعات أو التخيلات أو إبطالها (تحييدها) بفكرة أخرى أو فعل أخر.

٤ـ يعرف الشـخص أن الأفكـار الوسواسية والاندفاعـات أو التخـيلات هـى نتاج عقله (أو تفكيره) وليست مفروضة عليه من الخارج.

تعرف الأفعال القهرية بـ ١ ، ٢

١ـ سلوكيات (أفعال) متكررة (مثل: غسيل الأيدي، والترتيب، والفحص) أو تصرفات عقلية (مثل: العد ، وترديد كلمات في صمت ، والصلاة)، ويشـعر الشـخص أنـه مـنقاد لأداءهـا فـي اسـتجابة لوساوسـه، أو طـبقاً لقواعد يجب تطبيقها بصرامة (الالتزام بها حرفياً).

٢ـ تهـدف هذه السلوكيات أو التصرفات العقلية إلى منع حدوث أو خفض الأسـى النفسـي أو مـنع حـادث أو موقـف مفـزع، وعلـى أي حـال فـهـذه السلوكيات أو التصرفات العقلية إما أنها لا ترتبط بطريقة واقعية مع ما خططت لتحييده، أو أنـها زائدة بشكل واضح.

ثانـياً: فـي بعض النقاط أثنـاء سير الاضـطراب: فـإن الشـخص يدرك أن الوساوس أو السلوكيات القهرية زائدة (مبالـغ فيها) أو غير منطقية.

ملاحظة: لا ينطبق هذا الأمر على الأطفال.

ثالـثًا: الوسـاوس أو السـلوكيات القهـرية تسـبب أسًـا نفسـيًا واضـحاً يسـتغرق وقتاً (تـأخذ أكثر من سـاعة يومياً) أو تتداخل بوضوح مع الروتين العـادي للشـخص أو مهامـه الوظيفية (أو الأكاديمـية) أو انشطته الاجتماعية أو العلاقات الاجتماعية العادية.

رابعًا : إذا وجد اختلال آخر من اختلالات المحور الأول (Axis I) فإن محتوى الوساوس أو السلوك القهري لا تقتصر عليها (مثل: الانشغال بالطعام في وجود أحد اختلالات الأكل، جذب أو شد الشعر في وجود هوس شد الشعر (Trichotillomania)، الانشغال بالمظهر الخارجي في وجود اختلال التشوه الجسمي، الانشغال بالعقاقير في وجود اختلال استخدام المواد المخدرة، والانشغال بالإصابة بأمراض خطيرة في وجود توهم المرض، والإنشغال بالرغبات الجنسية أو الخيالات الجنسية في وجود إضطراب الفحش (العهر) Paraphilias، اجترار الشعور بالذنب في وجود اختلال الاكتئاب الأساسي.

خامساً- لا يرجع الاختلال إلى التأثير الفسيولوجي المباشر لمادة(مثل: سوء استخدام عقار، علاجات طبية دوائية) أو حالة طبية عامة.

حدد ما إذا كان: مع استبصار ضعيف with poor Insight: إذا كانت الاضطرابات مرتفعة معظم الوقت أثناء النوبة الحالية، ولا يعرف الشخص أن الوساوس والسلوك القهري زائدة أو غير معقولة .

(American Psychiatric Asociation, 1994: 422-423)

معدل انتشار الوسواس القهري ودراساته:

تباينت نتائج الدراسات حول معدل انتشار الوسواس القهري، فهناك من رأى أن النسبة(٠,٠٥ %)، أي واحد من كل خمسين من الناس، أو (٢,٥%) أو تتراوح ما بين (٢% : ٣%) من النسبة العامة للسكان، وغير ذلك كثير؛ غير أن جملة الدراسات قد أجمعت على أنه نادر، ويؤثر على الرجال والنساء على السواء، وأن مظاهره قد تبدأ في مرحلة المراهقة أو في مرحلة البلوغ المبكر.

(الكلية الملكية للأطباء النفسيين،٢٠٠٧ ؛ Mardi, 1984: 372)

ومن الأمثلة على هذا التباين الدراسات التي اجريت في أمريكا قبل عام ١٩٨٣، فقد كان الاعتقاد أن الوسواس القهري ينتشر بنسبة (٠,٠٥%) من مجموع السكان، أي أنه ينتشر بنسبة تتراوح ما بين (١٢٥,٠٠٠ : ١٥٠,٠٠٠) فرداً، ولكن بعد عام ١٩٨٣ ومن خلال دراسة مسحية قام بها المعهد القومي الأمريكي للصحة، بغرض التعرف إلى الاضطرابات العقلية، تبين منها أن الوسواس القهري ينتشر بنسبة تتراوح ما بين (١,٩% : ٣.٣%)، وذلك على عينة قوامها (١٨٥٠٠) فرداً.

(Robert McLellarn, 2006)

وجدير بالذكر التأكيد على أن هذا الاضطراب هو أحد الأمثلة الإيجابية في البحوث الحديثة التي أجريت على أحد الاضطرابات في وقت قصير، وأن البحوث الحديثة (منذ الثمانينات) سارت بخطى سريعة نحو فهم الصور الإكلينيكية والفسيولوجية للاضطراب، وكذلك طرق علاجه، كما أكدت على أنه من الاضطرابات الشائعة، وأنه من الممكن علاجه. وانتشاره هذا جعله يأتي في المرتبة الرابعة من حيث انتشار الاضطرابات العصابية فهو يأتي بعد:

١- المخاوف phobias.

٢- الاضطرابات المتعلقة بتعاطي المخدرات أو المواد Substances related disorders

٣- اضطرابات الاكتئاب الأساسي Major depressive disorders

غير أن هذا الترتيب قد تقدم في دراسة مغربية بحثت معدلات انتشار اضطرابات القلق على عينة قوامها (٨٠٠) مغربياً من منطقة كازابلانكا، تبين منها أن اضطراب الوسواس القهري يأتي في الترتيب الثاني من بين اضطرابات القلق، وذلك على النحو التالي:

أ- اضطراب الخوف من الخلاء بنسبة ٧,٦%.

ب- اضطراب الوسواس القهري بنسبة ٦,١%.

ج- اضطراب القلق العام بنسبة ٤,٣%.

د- اضطراب الفوبيا الاجتماعية وضغوط ما بعد الصدمة بنسبة ٣,٤%.

هـ- اضطراب الذعر بنسبة ٢%.

(Nadia Kadri, et al., 2007)

هذا وتؤكد دراسات علم الأوبئة التي أجريت في أوروبا وأسيا وأفريقيا، وهى دراسات عبر ثقافية على شيوع الوسواس القهري بين البالغين (ذكوراً وإناثاً)، أما المراهقين فإن الذكور أكثر تأثراً بالوسواس القهري من الإناث. هذا ومتوسط بداية ظهور المرض هو (٢٠) عامًا، وأن متوسط بداية الوسواس القهري لدى الذكور هو (١٩) عامًا، وبالنسبة للمراهقات فهو يدور حول (٢٢) عاما.

وبصفة عامة فإن حوالي ثلثي المرضى تظهر عليهم أعراض الاضطراب قبل سن (٢٥) سنة، وأقل من (١٥ %) من المرضى يتجاوز عمرهم ٣٥ سنة، ويمكن ظهوره في مرحلة الطفولة، وفي بعض الحالات قد يظهر في سن سنتين.

كما كشفت تلك الدراسات عن أن الوسواس القهري يشيع أكثر بين غير المتزوجين، وأن شيوعه لديهم يؤثر على علاقاتهم الاجتماعية حيث يجدون صعوبة في الاحتفاظ بأية علاقات اجتماعية.

(Harold; Benjamin and Jack, 1994: 598 – 599 ؛Rasmussen and Eisen 1992 ؛ Nadia Kadri, et al., 2007)

كما بينت دراسات أخرى أن بدايته ليست قاصرة على فترة الشباب والبلوغ، بل من الممكن أن يستمر لمرحلة متأخرة من الحياة. وهو عندما يبدأ لدى كبار السن فغالباً ما يكون راجعاً إلى عوامل عضوية أو عصبية.

(Jackson, 1995)

وقد أكدت على هذا دراسة اجريت في قونيا بتركيا على عينة حضرية قوامها (٣٠١٢) فرداً ممن هم في سن (١٨) سنة وما فوق، تبين منها أن الوسواس القهري وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع ينتشر بنسبة (٣%)، كما تبين أنه أكثر انتشاراً بين المطلقين والمنفصلين والأرامل من الجنسين، وذلك بنسب تتراوح بين (٢,٧% : ١٠,٥%)، أي أنه أكثر انتشاراً بنسبة تصل إلى (٤,٢%) تقريباً، وذلك مقارنة بغير المطلقين والمنفصلين والأرامل من الجنسين. هذا ومن أهم النتائج التي كشفت عنها الدراسة ما يلي:

١- بداية ظهور أعراض الوسواس القهري تكون في سن ٢٥,٩ سنة.

٢- ينتشر الوسواس القهري في المدى العمري من ٧ : ٦٣ سنة.

٣- انتشار الوسواس القهري لم يتباين بين العينات وفقاً لمتغير التعليم (من أفراد العينة من تعلم بالمدارس والجامعات، ومنهم من تعلم ذاتياً دون أن يلتحق بأي مرحلة من مراحل التعليم).

٤- يزداد معدل انتشار الوسواس القهري بين الأخوة الأشقاء كلما ازداد عددهم، مما يعني أن الوسواس القهري ينتشر أكثر بين الأسر ذات الأحجام الكبيرة.

٥- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين العينات وفقاً لمتغيرات ترتيب الميلاد ومستوى الدخل.

٦- معدل انتشار الوسواس القهري لدى الإناث أعلى مقارنة بالذكور.

٧- مرضى الوسواس القهري منهم من يعاني من وساوس فقط، ومنهم من يعاني من قهور فقط.

٨- نتائج معدلات انتشار الوسواس القهري في تركيا تتماثل مع مثيلتها من نتائج الدراسات الوبائية عبر العالم.

(Ali, S., 2004)

وفي دراسة مسحية بريطانية أجريت على عينة قوامها (٨٥٨٠) من الإناث والذكور من أعمار متباينة، تبين منها أن الوسواس القهري ينتشر بنسبة (١,٣%) تقريباً، بواقع (٤٠) ذكراً مقابل (٧٤) أنثى، وهذا يعني أن معدل انتشار الوسواس القهري لدى الإناث أعلى مما هو لدى الذكور.

(Torres, et al., 2006)

في دراسة أخرى على عينة قوامها (٤٠٧٥) من الإناث والذكور، تراوح المدى العمري لهم بين ١٨ – ٦٤ عاماً، طبقت عليهم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع – النسخة الألمانية – وقد صنفت العينة تصنيفين، الأول: مرضى الوسواس القهري حسب معايير التشخيص، والثاني: ممن لا تنطبق عيهم معايير التشخيص.

وقد أشارت النتائج إلى أن معدلات انتشار الوسواس القهري لا تقتصر على سن معين في المدى العمري الذي أخذت منه العينة، كما أشارت النتائج أيضاً إلى أن تلك المعدلات بلغت نسبتها (٠,٥%) و (٢%) بالنسبة لعينتي الدراسة على التوالي. كما أكدت الدراسة على أن نسبة الإناث إلى الذكور في معدلات الوسواس القهري كانت (٥,٧%) و (١,٢%) لدى العينتين على التوالي، أي بنسبة ٦ : ١ تقريباً.

كما لفتت الدراسة الانتباه إلى أن انتشار الوسواس القهري يرتبط بالمعوقات الحياتية والظروف النفسية الاجتماعية للفرد. كما يرتبط بالخصائص الشخصية وعلاقات الأفراد الشخصية وجودة حياتهم.

وكان من أهم ما أشارت إليه الدراسة من نتائج أن جميع أفراد العينة من الجنسين لم يقم أحد منهم بزيارة طبيب متخصص أو طلب العلاج من أعراض الوسواس القهري. وتلك النتيجة – كما سيتضح بعد قليل – لها دلالتها التي تبين أن البيانات المتعلقة بمعدلات الانتشار تحتاج إلى مراجعات دائمة. (Grabe, et al., 2004)

وفي دراسة مغربية عن معدلات انتشار اضطرابات القلق،تم دراسة معدلات انتشار الوسواس القهري باعتباره من اضطرابات القلق، وذلك على عينه قوامها (٨٠٠) مغربياً تراوح المدى العمري لهم من (١٥) عام وما فوق. وقد كان متوسط عمر العينة (٣٣,٧) عام، وقد بلغت نسبة غير المتزوجين (٤٥,٨%)، والمتزوجين (٤١,٧%)، وكانت نسبة غير العاملين (٦٤,٦%).

وقد بينت النتائج أن الوسواس القهري ينتشر بنسبة (٦,١%)، كما بينت أن بداية ظهور أعراض الوسواس القهري كانت في عمر (٢٥,٤) عام، وأن أكثر الوساوس ظهوراً الوساوس الدينية والتلوث والعدوان، أما القهور فقد تمثلت في قهور النظافة والاغتسال والمراجعة والتكرار.

وفيما يتعلق بأهم المصاحبات المرضية فقد كانت والخوف من الخلاء بنسبة (٤٣,٨%) والفوبيا الاجتماعية (٢٠,٠٨%) اضطراب الذعر بنسبة (١٢,٥%). (Nadia Kadri, 2007)

ونود أن نختم الحديث عن معدلات انتشار الوسواس القهري بتلك الدراسة الكولومبية التي كانت نتائجها متباينة مع كل ما عرض من دراسات،

فقد اجريت الدراسة على عينة قوامها (٥٠١) طالباً كولومبياً من الجنسين، وقد تراوح المدى العمري لهم بين (١٠ : ١٧)عام.

وقد كان هدف الدراسة التعرف إلى مدى انتشار الوسواس القهري، ودراسة علاقته ببعض المتغيرات وهي: الجنس والعمر والمستوى الاجتماعي – الاقتصادي والتعليم والعمل خلال فترة الدراسة بالمدرسة. وقد تم تقدير الوسواس القهري من خلال معايير التصنيف الإحصائي الدولي العاشر للأمراض (ICD-10)، بالإضافة للمقابلة الإكلينيكية، واستمارة المستوى الإقتصادي – الاجتماعي.

وقد كشفت النتائج أن الوسواس القهري ينتشر بنسبة (٧,٣٩%)، وهي أعلى نسبة كشفت عنها نتائج أي دراسة سابقة، ولا تتفق مع ما هو سائد ومعروف عن نسب الانتشار في العديد من دول العالم خصوصاً في الدراسات الوبائية. وليس هذا فقط فقد بينت النتائج أيضاً أنه لا توجد فروق دالة بين الجنسين، وبالمثل بالنسبة للمتغيرات الأخرى وهي: العمر والمستوى الإقتصادي-الاجتماعي والتعليم. أما بالنسبة لمتغير العمل فقد بينت الدراسة أن عمل الطلبة خلال فترة الدراسة يعد من مخاطر التعرض للوسواس القهري، حيث تبين أن أعراضه أكثر اظهاراً لدى الطلبة العاملين مقارنة بالطلبة غير العاملين. والنتيجة على النحو الذي جاءت عليه تبين أن نسبة انتشار الوسواس القهري بين الأطفال طلاب المدارس الكولومبية أعلى من أي مكان اخر في العالم. (Ivaro Andrés, 2006)

وعلى الرغم مما ذكر تجدر الإشارة إلى أن التباين في معدلات انتشار الوسواس القهري ومظاهره يجب النظر إليها بحذر، إذ أنه حتى الثمانينات كان الوسواس القهري يعتبر اضطراباً نادراً، فكانت التقديرات القديمة تشير إلى نسبة الخمسة من بين كل عشرة ألاف شخص؛ أي بنسبة (٠,٠٥)،

والدراسات الحديثة (الدراسات المسحية أو الوبائية والتي شملت قطاعات كبيرة علي مستوى قارات العالم) أثبتت بوضوح أن اضطراب الوسواس القهري يتراوح بنسب ما بين (٣٥ ، ٦٠) أو ما بين (٥٠، ١٠٠) ضعفاً للنسب القديمة.

وأمام هذه النتائج هناك عدة احتمالات لتفسير الفرق الكبير بين نتائج الدراسات القديمة والحديثة وهي:

١- الكثير من حالات الوسواس القهري يعيشون في المجتمع من دون أن يذهبوا إلى الطبيب النفسي، وهم يخجلون ويكرهون أو ينفرون من افشاء الأسرار المتعلقة بما يعانون من أعراض الوسواس القهري.

٢- الكثير منهم يبذلون جهوداً جبارة من أجل اخفاء أعراض المرض حتى عن ذويهم وأقاربهم وأسرهم والأصدقاء.

٣-نقص المعارف العلمية لدى المتخصصين والمتعلقة بأعراض اضطراب الوسواس القهري وشدته.

٤-تجاهل إلقاء الأسئلة المتعلقة بالاضطراب ذاته خلال المقابلات الإكلينيكية الروتينية.

٥- الدراسات الحديثة شملت حالات لها تشخيصات أخرى غير اضطراب الوسواس القهري أو أنها لا ترقى إلى كونها اضطراباً نفسياً في الأصل، وهذا يعني بوضوح وجود خطأ في التشخيص.

(وائل أبو هندي،٢٠٠٣: ٢٣٣-٢٣٥ ؛ William Greenberg, 2007؛ Rasmussen and Eisen, 1990)

والخطأ في التشخيص أسهم في عدم بيان النسب الحقيقية لانتشار الوسواس القهري، ففي دراسة وبائية على عينة قوامها (١٨,٥٠٠)

شخصاً ممثلة لعدد (٥) مجتمعات أمريكية، تبين أن التشخيص باستخدام معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (DSM-III) بلغت نسب تراوحت بين ١,٩ : ٣,٣، بينما باستخدام معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) بلغت نسب تراوحت ١,٢% : ٢,٤%.

(Karno, et al., 1988)

وهناك دراسة أخرى اشتملت على عينة قوامها (١,٧) مليونا من المرضى والمريضات ممن يترددون على العيادات الخارجية بأمريكا، هؤلاء بعد فحص قاعدة البيانات الخاصة بهم، تبين أن ما تم تسجيله من بيانات قد تضمن العديد من الحالات المشخصة عن طريق الخطأ، أو أن ما تعاني منه تلك الحالات من وساوس وقهور، ما هى إلا حالات زائلة أو عابرة ولا تحتاج لعلاج. (Bruce, et al., 2001)

كما خلصت دراسة استرالية حاولت التعرف إلى الأسباب الكامنة وراء هذا التباين عبر(٢٥) سنة ماضية، إلى أنه ربما يرجع إلى وجود تغيرات في طرق أو مناهج البحث المتبعة مما أدى إلى وجود اختلافات في تعريف معايير التشخيص، ومثال ذلك التباين الظاهر بين النتائج التي نحصل عليها وفقا لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث مقارنة بنتائج الدليل الرابع، وكذلك اختلاف طبيعة أدوات القياس (مقاييس الوسواس القهري) التي كانت تحدد طبيعة الاضطراب وشدته حالياً مقارنة بما كان يتم في الماضي.

وبالإضافة لما سبق، فإن التعرف إلى علامات الاضطراب وشدته، وإدراك أعراضه قد صار بشكل أكبر عما كان من قبل.

(Roco and Andrews, 2005)

علاج الوسواس القهري:

أولاً: العلاج بالعقاقير:

علاج الوسواس القهري تغير كثيراً خلال العشر سنوات الأخيرة، ومؤخراً فإن مثبطات استرجاع السيروتونين serotonin reuptake inhibitors (SRIs) تعتبر الخيار الأول الفعال كعلاج دوائي للوسواس القهري. علما بأن تلك المثبطات كانت بمثابة أول خطوات العلاج الدوائي في علاج الوسواس القهري. (Leonard, H., 1997 ؛ Paholpak, 2002)

وقد أكدت الدراسات أن من أهم الأدوية التي تعطي لعلاج الوسواس القهري هي: "كلوميبرامين" clomipramine، سيرترالين sertraline، فلافوكسامين fluvoxamine، فلوكيستين fluoxetine، الباروكيستين paroxetin، السيتالوبرام citalopram. وقد ثبت علمياً أن جميعها فعال وآمن في علاج الوسواس القهري للمراهقين والأطفال.

Emanuela; Laura and Laura, ؛ Jim Rosack, 2003)
(Cartwright & Hollander, 1998 ؛ 1997

ويود الباحث هنا الإشارة إلى أحد الدراسات الشيقة والتي تتعلق بمدى فعالية أحد الأدوية وهو دواء الفلوكستين Fluoxetine كعلاج للوسواس القهري للأطفال والمراهقين. فقد تم إعطاء الدواء لعينة قوامها (٢١) مريضاً بالوسواس القهري، وفي نفس الوقت تم إعطاء عينة أخرى من مرضى الوسواس القهري قوامها (٢٢) مريضاً أيضاً دواءاً وهمياً Placebo لا يحوي أية مواد أو أدوية طبية ويستخدم لإيحاء المرضى بأنهم يعالجون طبياً، وبعد فترة مدتها (١٦) أسبوعاً تبين أن (١١) مريضاً من المجموعة الأولى انخفضت درجاتهم على مقياس "يل – براون" للوسواس القهري مقارنة

بمن تناولوا الدواء الوهمي وعددهم (٦) من المجموعة الثانية. والنتيجة بهذا المعنى تؤكد على ضرورة الاعتماد على الأدوية في علاج الوسواس القهري.
(Liebowitz, 2002)

ثانياً: العلاج النفسي:

يحتاج مريض الوسواس القهري للعلاج النفسي وذلك لتفسير طبيعة الأعراض، وتشجيع المريض وطمأنته بأن حالته بعيدة عن الجنون، والتقليل من خوفه على ملكاته العقلية مع محاولة الكشف عن العوامل الدفينة التي أدت إلى هذه الأعراض، والمعنى الرمزي لأعراضه.

(أحمد عكاشة، ١٩٨٠: ١٠٩)

وهناك أنواع من العلاجات النفسية ثبتت فائدتها منها: العلاج النفسي بالاستبصار الموجه **insight – oriented psychotherapy**، والذي يحاول فيه المعالج الكشف عن مصادر القلق مع محاولة التخفيف من هذا القلق. **(Arnold Ludwig, 1986:263)**

وهناك العلاج النفسي التدعيمي **supportive psychotherap** والذي يمكن أن يكون عوناً مع العلاج السلوكي والعلاج الطبي، فالمعالج يتشارك وجدانياً مع المريض فيما يشعر به من قلق، وهو يذكّر المريض دوماً بأن التحسن محتمل وممكنً. كما يساعده على ضبط المتغيرات التي تحدث له بسبب الوسواس القهري. **(Cherlene and Pedrick, 2006)**

ثالثا: العلاج السلوكي (النموذج السلوكي في علاج الوسواس القهري):

يفترض النموذج السلوكي لاضطراب الوساوس والسلوك القهري أن حدوث السلوك القهري يعمل على استمرار المشاكل الوسواسية، والنقاط الأساسية للنموذج السلوكي موضحة فيما يلي:

١- الوساوس هى مثيرات شرطية: ويفترض أن الوساوس مثير قلق شرطي مقاوم للانقراض (التعود).

٢- الراحة من القلق تعزز السلوك القهري: السلوكيات التى تنهي القلق أو عدم الراحة المرتبط بأفكار وسواسية (هاجسية) يتعزز بخفض مصدر القلق، بحيث تصبح تلك السلوكيات لاحقة(تالية) للوساوس.

٣- سلوكيات التحاشي: هناك طائفة من السلوكيات تنشأ في فترة طويلة ولها أثر في خفض حدوث الأفكارالهاجسية الشديدة ، وهذه السلوكيات يمكن أن تساوي مثيلتها فى رهاب الخلاء. فسلوكيات التحاشى تمنع، والسلوكيات القهرية تنهى التعرض لمثيرات مخيفة، وتنتج راحة قصيرة الأمد من القلق، ولكنها تمنع التعرض للقلق وانقراضه.

ويتضح مما سبق أن هناك طريقتين أساسيتين يستطيع بهما السلوك القهري الإبقاء على مشاكل الوساوس ونقص القلق الذي يعقب أداء الطقوس الهاجسية يمكن أن يعزز الهاجس، وحدوث سلوك قهري يعمل على التعرض لفكر قهرى وبذلك يمنع التعود.

(جان سكوت ومارك ليامز وآرون بيك ، ٢٠٠٢ : ٩٧ـ ٩٨)

هذا ومن أمثلة العلاج السلوكي ما يلي:

١- الغمر flooding

يتضمن أسلوب الغمر تعريض المريض بسرعة للمثير المشروط في الوقت الذي نقلل فيه هروبه من هذا المثير المشروط. وتسمى هذه الطريقة أحياناً بطريقة منع الاستجابة (response prevention).

والفكرة الرئيسية التي يرتكز عليها العلاج بالغمر هى التعريض السريع للمريض للمثير المشروط بدلاً من تعريضه على فترات أو بالتدريج، فإذا كان

المريض يخاف من شيئ ما – كركوب المصاعد – يكون على المعالج أن يبق
المريض مدة طويلة مع الخوف أثناء العلاج بدلاً من أن يعطيه فترات را
بين الجولات العلاجية. ويفترض هنا أن هذه الطريقة تجعل المريض منه
جسمياً بما لا يسمح للاستجابة المشروطة أن تحدث، وربما يرجع ذلك إلى أ
منع الاستجابة يساعد على كسر استجابات التجنب والتي لا تجد وقتاً للحدوث
هذا ومن المشكلات التي يفيد فيها سلوك الغمر هى علاج الوساوس القهرية
حيث يكون القلق المشروط مرتبط بأفكار مثبتة ومتكررة (وساوس) أو
سلوك حركي يكوّن القلق (القهر).

(محمد محروس ومحمد السيد، ١٩٩٨: ١٧١– ١٧٣)

إن هذا النوع من العلاج يتضمن تعريض المريض للموضوع المرهوب بشدته الكاملة دون استرخاء وبشكل مباشر غير تدريجي، والمنطق الكامن وراء ذلك هو أن الغمر يخفض القلق من خلال عملية الإنطفاء **extinction** – كما في المثال السابق - بمعنى أن المثير الشرطي يقدم للمريض بشكل متكرر دون تجنب حتى تنطفئ الاستجابة غير الشرطية.

(رزق سند، ٢٠٠٥: ١٤٧ – ١٤٨)

٢- الانفجارالداخلي (Implosive therapy):

في هذا النوع من العلاج يستحث المعالج تخييلاً موجهاً وفيه يتم وصف أسوأ مظاهر الوسواس (مثل الموت أو إساءة المعاملة الجنسية أو إنهيار منزل الفرد في زلزال) وهذا يرفع القلق عالياً. فإذا استطاع الفرد أن يتحمل ذلك، فسوف يصل القلق إلى قمته ويختفي، وبهذا الأسلوب تضعف قوة الوسواس. ويمكن استخدام علاج الإنفجار الداخلي مع الاشخاص ذوي المستوى المرتفع من قوة الأنا الراغبين في تحمل أسوأ أنواع الحصر

واستبعادها، فلو أن المريض فتح عينيه وانقطع التخيل بشكل اعتباطي فقد تزيد حساسية المريض للوسواس بدلاً من أن يتحصن ضده.

(فرانك برونو، ١٩٩٣: ٣٠٣)

٣- التعرض ومنع الاستجابة Exposure and response prevention:

وهو يعني وضع المريض في موقف يثير وساوسه ومنعه مع تشجيعه على عدم الاستجابة للسلوكيات القهرية. هذا ويعد الغرض من أسلوب التعرض في حد ذاته هو خفض القلق وعدم الراحة المرتبطين بالوساوس، ومن الأمثلة على ذلك أن نعرض المريض ذا قهرالتلوث إلى أن يلمس أشياء من نفايات (garbage) أو أن يلمس أشياء ملوثة، ثم نمنعه من أن يخفض قلقه بأن يغسل يديه. أما الغرض من منع الاستجابة فهو تقليل تكرار الطقوس التي يقوم بها الفرد.

في هذا الأسلوب نواجه الفرد بمثير مخيف دون أن يحدث تمرين على طقوس معينة مثل غسل اليدين. في البداية يسمح للمريض بتأجيل أداء الفعل الطقسي مع العمل تدريجيا على مقاومة القهر (الفعل القسرى). هذا ويجب ألا يكون هناك استرخاء أثناء تمارين أوتدريبات التعرض ومنع الاستجابة؛ لأن هذا يحدث تداخلاً في تقدم العلاج . (Cherelne, 2006)

وجدير بالذكر الإشارة إلى أن حوالي (٣) من كل (٤) أشخاص ممن يكملوا العلاج بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة يستفيدون كثيراً. كما أن من الذين يتحسنوا حوالي (١) من (٤) ستعود لهم الأعراض في المستقبل، وقد يحتاجون لعلاج إضافي. إلا أن حوالي نحو (١) من (٤) يرفضون تجربة العلاج بالاستجابة للتعرض أو لا يكملون العلاج؛ وذلك إما لأنهم خائفون بشدة، أو أن الأعراض طغت عليهم فلا يقدرون على تحمل العلاج.

(الكلية الملكية للأطباء النفسيين، ٢٠٠٧)

وتجدر الإشارة أيضا إلى أنه عند قياس تاثير العلاج الدوائي مقارنا بالعلاج السلوكي، وجد أن العلاج السلوكي أقوى وأكثر إحداثاً من حيث إمكانية حدوث تحسن في الحالات الوسواسية القهرية. هذا والقيمة الحقيقية للعلاج السلوكي تتمثل في أنه يوفر للمريض استبصاراً جيداً بطبيعة الاضطراب ويزوده بآليات ومهارات يتعامل بها مستقبلاً مع احتمالات الانتكاس، ويشعره بالايجابية والمشاركة الإرادية الواعية في الخطة العلاجية.

(سعاد البشر وصفوت فرج، ٢٠٠٢ ؛ C P A., 1994)

هذا مع الأخذ في الاعتبار أن الدمج بين العلاج الدوائي والسلوكي تكون نتائجه أفضل مما لو استخدمنا أسلوباً واحداً بمفرده. ومن المهم أن نعالج القهور ونحسن الاستجابة. ومن المهم أيضاً إدراك أن دمج العلاج الدوائي مع السلوكي يأتي بنتائج أفضل خصوصاً إذا كان الوسواس القهري دون مصاحبات مرضية، وإن كان هذا لا يمنع من أن دمج الأسلوبين له فائدة أكبر حتى في وجود مصاحبات مرضية.

(Ownby,1998 ؛ Jackson, 1995 ؛ Overbeek, et al., 2000)

رابعاً: العلاج المعرفي السلوكي:

يهدف العلاج المعرفي السلوكي للوساوس والأفعال القهرية بمكوناته المعرفية والوجدانية والسلوكية إلى تخفيف حدة الأعراض المرضية إلى أقصى حد ممكن. وقد تطور هذا العلاج من مجرد التدريب على مهارات التحكم في الأعراض والسيطرة عليها كغاية في حد ذاته إلى استخدام إستراتيجيات تعمل على فحص الاعتقادات القائمة بالفعل وتصحيحها وتعديلها. ويتطلب الأمر استخدام أسلوب الحوار السقراطي (خاصة مع المرضى الذين يعانون من اجترار الأفكار مع ملاحظة أنه يمكن لهم القيام بليّ عنق هذا الحوار حتى يقللوا من أعراضهم المرضية) مسبوقاً بعملية تحديد لتلك الأفكار والاعتقادات

من خلال المذكرات اليومية للعملاء وفنية مراقبة الذات إلى جانب فنية التعليم النفسي psychoeducation التي يتم من خلالها إعطاء المعلومات للعملاء عن طبيعة الاضطراب وأسبابه وأعراضه وكيفية المواجهة.

كذلك يمكن استخدام ما وراء المعرفة metacognition (مصطلح يستخدم لوصف المعرفة الذاتية عن العمليات المعرفية) في هذا الصدد حيث يتم تحديد المعارف الذاتية المختلة وظيفياً ودورها في حدوث الضيق والألم النفسي المرتبط بتلك الأفكار، ثم العمل على تعديلها.

وإذا كانت الوساوس تعمل كمثيرات للقلق، وتعمل الأفعال القهرية في الأساس على خفض حدة القلق – وإذا كان ذلك لا يحدث ولا تنخفض حدة القلق من جراء ذلك – فإن التعزيز يلعب دوراً مهماً في هذا الصدد. وإلى جانب ذلك يمكن أن نستخدم الإشراط المضاد للقلق والتعريض سوأ أكان تخيلياً أم واقعياً وذلك لمثيرات غير مؤذية تبعث على القلق لكن تحت ظروف مضبوطة مع منع حدوث الاستجابة. (عادل عبد الله محمود، ٢٠٠٠: ٢٤٤)

خامساً: العلاج الكهربائي:

لاتفيد الصدمات الكهربائية في علاج الوسواس القهري، لكنها تحسن الأعراض الاكتئابية والأفكار السوداوية التي تصاحب المرض، ويتم اللجوء إلى الكهرباء في الحالات التي يخشى منها على صحة المريض النفسية من الناحية الاكتئابية.

سادساً: العلاج البيئي والاجتماعي:

يحتاج المريض أحياناً إلى تغيير مكان العمل أو السكن حتى يبتعد عن مصدر الوسواس خصوصاً إذا كانت له علاقة بالخوف من أمراض أوالتلوث بميكروبات أو طقوس حركية خاصة.

سابعاً: العلاج الجراحي:

العلاج الجراحي العصبي لا يقدم إلا في عدد محدود من مراكز العلاج المتخصصة في مثل هذا النوع من الجراحات وهى لا تقدم إلا للمرضى الذين يعانون من أعراض حادة من اضطراب الوسواس القهري، لذا فالعملية الجراحية تأتي بأحسن نتائجها مع الحالات المنتقاة من الوسواس القهرى، والتي يجب أن تكون فيها الشخصية متكاملة، ودرجة التوتر والقلق شديدتين، مع عدم القدرة على التكيف بأعراضه مع المجتمع، مع فشل سبل العلاج السابقة، يكون التدخل الجراحي ذا أهمية فاصلة؛ لأنه سيعيد للمريض قدراته على الاستمرار في نشاطه الاجتماعي.

إن هذه العملية لا تشفي الوساوس ولكنها تجعل المريض غير مكترث بها ولا يصحبها حينئذ أي قلق أو توتر، ومن ثم ستجعل منه ثانياً عضواً نافعاً في المجتمع، وتأتي الجراحة بأحسن نتائجها في الوسواس إن هاجم الجراح التلفيف الحزامي أو السطح الحجاجي من الفص الجبهي.

(William Greenberg, 2007؛ أحمد عكاشة، ١٩٨٠: ١١٠–١١١)

٤ـ أساليب علاجية أخرى للوسواس القهري:

هناك أيضاً أسلوب التعرض التدريجي وذلك بتقديم ما يثير الوساوس لدى المريض بشكل تدريجي، وهناك أسلوب العلاج بالتنفير وأسلوب العلاج بوقف الأفكار الوسواسية. (علي جابر، ٢٠٠٥)

ومن المهم قبل البدء في العلاج التعرف إلى المصاحبات المرضية لاضطراب الوسواس القهري، حتى يكون العلاج فعالاً، ذلك لأن هذه المصاحبات لها تأثير سلبي فعال يعوق عملية العلاج، كما يعوق التعرف إلى

الخصائص الإكلينيكية لاضطراب الوسواس القهري وغيره من الاضطرابات الأخرى. (Perugi, et al., 2002)

الوسواس القهري بين العصاب والقلق:

شغل الوسواس القهري مواقع مختلفة في التصانيف النفسية والطب نفسية (السيكياترية) عبر السنين، وتباينت آراء العلماء ما بين إدراج الوسواس القهري في فئة العصاب أو إدراجه في فئة تصانيف مجموعة اضطربات القلق.

ففي أحد التصنيفات - التصنيف الأول - قسم فرويد العصاب إلى مجموعتين أساسيتين هما: العصاب الطرحى **Transference neurosis**، والعصاب الفعلي **actual neurosis**، وبني تقسيمه على أساس أن العصاب النفسي بأجمعه هو اضطراب في الغريزة الجنسية وفي انصراف اللبيدو؛ ولكن في العصاب الطرحي تكون الأعراض إشباعاً وهمياً للرغبة الجنسية، أما في العصاب الفعلي فالأصل هو خلل في النشاط اللبيدي يؤدي إلى أعراض لا جنسية كالوهن الجسمي وتوهم المرض.

هذا ومن أنواع العصاب الطرحي:

١- العصاب القهري.

٢- الهستيريا التجولية.

٣- الهستيريا الحصرية.

أما العصاب الفعلى فينقسم إلى:

١- الوهن النفسي.

٢-توهم المرض (وسواس المرض).

٣- القلق العصابي.

ويرى "فرويد" أن الأفعال والأعراض التي نشاهدها في العصاب القهري هى عبارة عن أعراض الغرض منها القيام بدور الوقاية ضد رغبة غريزية غير مرغوب فيها، وأن السلوك القهري يقوم بوظيفة تجنب الشعور بالقلق، فالأعراض تحل محل القلق والدافع المكبوت هنا هو الدافع الجنسي.

(محمد احمد غالي وأبو علام،١٩٧٣: ١١٠ – ١١٣؛ أحمد فائق ومحمود عبد القادر،١٩٧٢ :٥٠١–٥٠٣)

أما التصنيف الثاني الذى يدرج الوسواس القهري ضمن مجموعة اضطربات القلق فهو يرى أن الشخص ذا الوسواس القهري يخبر القلق إذا حاول أن يقاوم الوساوس أو الطقوس. هذا وتصنف اضطرابات القلق إلى:

١- اضطراب الهلع (المصحوب برهاب الأماكن المتسعة، غير المصحوب برهاب الأماكن المتسعة).

٢- رهاب الأماكن المتسعة دون تاريخ لنوبات هلع.

٣- الرهاب الاجتماعي كالخوف من الخزي أو الارتباك في موقف عام.

٤- الرهاب المحدد (كالخوف الثابت من مثير محدد: موضوع أو موقف).

٥- اضطراب الوسواس القهري أو السلوك الوسواسي القهري.

(Linda and Philip,1987 : 104 ؛ محمود حمودة، ١٩٩١ : ٣٤١)

ويؤيد أصحاب هذا المنحى الفكرة القائلة بأن الوساوس والقهور تقلل من القلق، فهى تمحي – ولو مؤقتا – الأفكار أو الدوافع المثيرة للخوف.

ويمكن تصنيف الوساوس والقهور المرتبطة بالقلق على النحو التالي:

١- شكوك وسواسية (وهى قلق مستمر يتعلق بإنجاز مهام معينة كغلق الباب).

٢- التفكير الوسواسي (وهو سلسلة لا متناهية من الأفكار تتمحور في الغالب حول حدث مستقبلي).

٣- دوافع وسواسية (كالتحريض على أداء أعمال متنوعة تمتد من العمل التافه إلى القتل).

٤- مخاوف وسواسية (كالقلق من فقدان التحكم في النفس أو أداء شئ محرج كالحديث عن مشكلة جنسية مثلاً).

٥- الصور الوسواسية (صور ثابتة لحدث يتصور الإنسان أنه رآه قريبًا)

٦- الاستسلام للقهر (كالقيام بأعمال تقترحها الهواجس الوسواسية كتفتيش الجيوب بصورة تكرارية بحثاً عن وثيقة).

٧- التحكم في القهر (كاستخدام أساليب مشتتة كالعد للتحكم في الهواجس التي لا يمكن الموافقة عليها).

(لندا دافيدوف، ١٩٨٣: ٦٦٧-٦٧٠)

ووجهة النظر الثانية ترى أن القلق هو أصل أو مصدر الوسواس القهري، ويكون ذلك لدى الشخص الذى صار موسوساً بصور أو أفكار أو مشاعر، وفعل شيئ معين بشكل قهري، وإذا حاول الشخص إيقاف التفكير الوسواسي، فإن النتيجة هى حدوث تهييج أو إثارة للفرد يصحبها قلق شديد.

(Douglas, et al., 1998)

كما ترى بتمركز الخوف والرعب والوسواس القهري حول القلق، والوسواس القهري يتميز بجملة أعراض أساسية تدور حول ثبات بعض الخواطر غير الخاضعة للسيطرة وميلها للتكرار في أنماط سلوك خاصة.

وتجدر الإشارة إلى القول بأن هناك من يرى أن مظاهر الحصار (الوسواس) والقهر تمتد على متصل يبدأ بالسواء وينتهى بالذهان، وتشد هذه

المظاهر الإنتباه حينما تظهر أثناء النمو السوي أو أثناء عمليات الشفاء من الذهان الطفلي، فهي نادراً ما تبدو في الطفولة في شكل عصاب يحمل بناء واضح مثلما نراه في الرشد. (نيفين زيور، ١٩٩٨: ١٥٧)

هذا ويعتبر عصاب الوسواس القهري من أخطر أنواع العصاب، وأكثرها ميلاً إلى الإزمان، ويتعلق إزمانه بحجم التناثر المهدد، كما أن وظيفته تهدف للسيطرة على هذا التهديد، أي ضبط الذهان ومنعه، ومن هنا كان التخلص منه صعب لأن بديله الجاهز أو المتخيل أصعب.

(يحيى الرخاوى ، ١٩٧٩: ١٥٠)

ونختم الحديث في هذا الموضوع بالقول أن منظومة التصنيف العالمي قد تخلت عن استخدام مصطلح العصابات بدءاً من الدليل الإحصائي والتشخيصي الأمريكي الثالث في عام (١٩٨٠). ففي الدليل التشخيصى والأحصائى الأول (DSM-I) الصادر عام (١٩٥٢) عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي كان الوسواس القهري يندرج تحت طائفة اضطربات العصاب النفسي psychoneurosis، وفى الدليل الثاني (DSM-II) الصادر عام (١٩٦٨) دخل الوسواس القهري في فئة العصاب، على حين أدرج في الدليل الثالث (DSM- III) الصادر عام (١٩٨٠) تحت طائفة اضطربات القلق.

هذا ويرجع السبب في التخلي عن استخدام مصطلح العصابات أنه قد تظهر من جهة أن الاضطربات المصنفة تحت هذه الفئة التصنيفية تعبر عن نفسها بأشكال مختلفة، إذ يُظهر المرضى بالقسر (القهر) أو توهم المرض أعراضاً مختلفة جداً ويستجيبون إلى أشكال مختلفة جداً من العلاج.

ومن ثم فقد تم التخلي عن الفئة العامة "العصابات" لصالح تقسيم فرعي تمايزي تعريفي في مجموعات فرعية متنوعة. ومن جهة أخرى كان

الهدف كذلك تجنب استخدام مفاهم ومصطلحات ترتبط بشكل وثيق مع فرضيات نظرية معينة – التحليل النفسى بالتحديد – حول نشوء الاضطراب.

بالإضافة إلى ذلك يذهب المتخصصون النفسيون اليوم إلى أن فرضية التسبيب النفسي للاضطراب والتسبيب الجسدي للمرض لا يمكن الاعتماد عليها، بل إنه توجد تفاعلات تشابكية بين العوامل النفسية والجسدية، مثل عوامل الوراثة وضغوط الحياة والمراهقة، وغير ذلك مما يسهم في نشوء الاضطراب النفسي.

(سامر جميل رضوان، ٢٠٠٧؛ أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٩٥)

العلاقة بين الوسواس القهري وبعض المتغيرات النفسية وغير النفسية:

يعرض الباحث فيما يلي عددًا من الدراسات سواء التي أجريت على المستوى العربي أم الأجنبي والتي تناولت العلاقة بين الوسواس القهري وبعضاً من المتغيرات النفسية. من هذه الدراسات ما يلي:

في دراسة لأحمد عبد الخالق ومايسة النيال (١٩٩٢ "أ") فحصت الارتباط بين الوسواس القهري وفقدان الشهية العصبي **Anorexia Nervosa** ، وقد كشفت النتائج عن ارتباط جوهري دال موجب بين المتغيرين.

وفي دراسة أخرى لأحمد عبد الخالق ومايسة النيال (١٩٩٢ "ب") فحصت العلاقة بين اضطرابات النوم وكل من القلق والاكتئاب والوساوس، وقد كشفت النتائج عن وجود ارتباط جوهري بين مقياس الوساوس واضطرابات النوم، وذلك عند مستوى (٠,٠١ ، ٠,٠٥) لدى الطلبة والطالبات على التوالي.

وفي دراسة لعلي عبد السلام علي (١٩٩٧) تبين أن متوسط درجات الإناث العاملات المتزوجات منخفضي المساندة الاجتماعية أعلى من متوسط

درجات العاملات المتزوجات مرتفعي المساندة الاجتماعية في الوسواس القهري، وأن الفرق كان دالاً لصالح منخفضي المساندة الاجتماعية.

وفي دراسة لحسين علي فايد (١٩٩٧) على عينة من المراهقين والمراهقات تبين عدم وجود فروق جوهرية إحصائياً بين الجنسين في الوسواس القهري، وإن كان متوسط الذكور أعلى من متوسط الإناث.

وفي عدة تساؤلات تضمنتها دراسة لأحمد عبد الخالق (Abdel-Khalek, 1998) درس فيها العلاقة بين الوسواس القهري وبعض المتغيرات النفسية، تبين منها ما يلي:

التساؤل الأول:

كان هدفه تحديد الارتباط بين المقياس العربي للوسواس القهري وكل من المتغيرات التالية: مقياس القلق كسمة، النسخة العربية لقائمة مسح المخاوف، النسخة العربية لقائمة بك للاكتئاب، المقياس العربي لاضطربات النوم. وقد كان قوام العينة: (١٠٥) ذكراً، (١٠٦) أنثى من طلاب الجامعة وكان المدى العمري يتراوح بين (١٩- ٢٣) عاماً.

وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط جوهري إحصائي عند مستوى (٠,٠٠١) بين الوسواس القهري وكل من القلق كسمة والمخاوف والاكتئاب لدى كل من الجنسين، وبالنسبة لاضطرابات النوم فقد كان الارتباط جوهري إحصائياً بينه وبين الوسواس القهري حيث كان دالاً عند مستوي (٠,٠٥) بالنسبة لعينة الإناث.

التساؤل الثاني:

كان بغرض تقييم ما إذا كان المقياس العربي للوسواس القهري مقياساً للحالة أو مقياساً للسمة. وقد كان قوام العينة: (١٢٠) ذكراً وأنثى من طلاب

الجامعة المصريين. وقد أشارت النتائج إلى أن ارتباط المقياس العربي للوسواس القهري بمقياس القلق كسمة أو سمة القلق يفوق بكثير ارتباطه بمقياس القلق كحالة. فقد كان الارتباط بين الوسواس القهري والقلق كحالة مساوياً لـ (٠,٣٧٥) بينما كان مساوياً لـ (٠,٦٠٣) في حالة الارتباط مع القلق كسمة، ويعني ذلك أن قائمة الوساوس قائمة سمة أكثر منها قائمة لقياس الحالة. ويدعم ذلك استقرار تعليمات المقياس والتي لم تركز على المشاعر الحالية أو الوقتية، بل كانت ذا صياغة عامة قصد بها قياس مشاعر الشخص بوجه عام.

التساؤل الثالث:

كان بغرض الكشف عن العلاقة بين الوسواس القهري والشخصية، وقد كان قوام العينة (١٥٥) ذكراً وأنثى، والمدى العمري يتراوح بين (٢٠– ٢٣) من طلاب الجامعة المصريين. وقد استخدم مقياس أيزنك للشخصية. وقد كشفت النتائج عن وجود ارتباط جوهري سلبي بين الوسواس القهري والانبساط، وأيضاً كان الارتباط سلبياً بين الوسواس القهري والكذب، بينما كان الارتباط ايجابياً بين الوسواس القهري والعصابية، وغير دال بين الذهان والوسواس القهري.

وفي دراسة قام بها أرتجان (Aartjan, et al.,1999) كان الغرض منها التعرف إلى اضطرابات القلق ومدى انتشار اضطرابات الوسواس القهري لدى عينة من كبار السن قوامها (٣١٠٧) مسناً من امستردام بهولندا ممن تراوحت أعمارهم بين ٥٥ – ٨٥ عاماً.

وقد كشفت النتائج عن أن اضطرابات القلق تنتشر بين أفراد عينة البحث بنسبة(١٠,٢%)، أما اضطرابات القلق العام فهي تنتشر بنسبة

(٧,٣%)، وتلى ذلك اضطرابات الفوبيا بنسبة (٣,١%)، ثم اضطرابات الفزع بنسبة(١%). وأخيراً اضطرابات الوسواس القهري بنسبة(٠,٠٦%).

والنتيجة على النحو الذي جاءت عليه تعني ندرة شيوع الوسواس القهري مقارنة باضطرابات القلق الأخرى. وهو وإن كان أشير إليه على أنه يأتي في الترتيب الرابع بين اضطرابات القلق، إلا أنه يأتي في هذه الدراسة في الترتيب السادس بين اضطرابات القلق. والنتيجة بشكل عام تتطابق مع نتائج دراسات سابقة تؤكد على أن الوسواس القهري يقع ضمن اضطرابات القلق.

وقام صفوت فرج (١٩٩٩) بدراسة على عينة قوامها (٤٥٨) طالباً من طلاب الجامعة، استهدفت التعرف على العلاقة بين الوسواس القهري ومكوناته الفرعية وسمات الشخصية (الانبساط – الانطواء – العصابية – الذهانية – والاكتئاب – مصدر التحكم – تكامل الشخصية– الدفاعات الوجبة أو الإيجابية – والتصلب). وقد كشفت النتائج عن أن الدرجة الكلية لمعظم مقاييس الوسواس القهري لاتصلح أن تستخدم كأداة للتشخيص بمفردها. كما بين التحليل العاملي للمكونات الفرعية للوسواس القهري في هذه المقاييس أن هذه المكونات لا تجتمع حول محور واحد أو زملة اضطراب شخصي، ومعنى ذلك هو أن أعراض الوسواس القهري تمثل زملة مرضية غير متجانسة.

أما إيسوبيل وآخرون (Isobel, et al., 2001) فقد قاموا بدراسة مسحية على عينة قوامها (١٠٤٣٨) من الأطفال والمراهقين البريطانيين، وذلك بغرض تقدير الصحة العقلية لهم، وكذلك التعرف إلى أهم العوامل المرتبطة باضطراب الوسواس القهري،وباستخدام معايير كل من الدليل

التشخيصي والإحصائي الرابع، والتصنيف الإحصائي الدولي العاشر للأمراض، وكان من أهم النتائج ما يلي:

بمقارنة مرضى الوسواس القهري ممن كشفت عنهم الدراسة بذويهم ممن يعانون من اضطرابات سيكاترية أخرى، والأسوياء، تبين أنهم ينحدرون من أسر ذات مستويات أو طبقات اجتماعية واقتصادية منخفضة، وهم اقل ذكاء،كما أنهم يعانون من مشكلات اجتماعية ونفسية أكثر، وهم ينتمون لأسر ذات أحجام كبيرة.

كما بينت الدراسة أن نسبة انتشار الوسواس القهري متساوية بين الذكور والإناث، وأن أعراضه تزداد مع تقدم الفرد في العمر، فهو أقل لدى الأطفال مقارنة بالبالغين. أما عن المصاحبات المرضية فقد تمثلت في اضطرابات القلق والسلوك والأكل والاكتئاب.

وفي دراسة قام بها بيريوجي وآخرون (Perugi, et al., 2002) بهدف التعرف إلى الصور الإكلينيكية ونتائج العلاج من خلال المتابعة لعينة قوامها (٦٨) مريضاً من مرضى الوسواس القهري كانوا يتلقون العلاج بنظام المستشفى النهاري في الفترة من (١٩٩٥ – ١٩٩٨)، تبين أنهم لا يعانون من شكل واحد من أشكال الوسواس القهري، بل يعانون بشدة من الوساوس الجنسية، كما يعانون بشكل متكرر من المصاحبات المرضية وأهمها اضطرابات الفزع والخوف من الخلاء، وقد وجد أن طقوس الترتيب كانت أقل الطقوس شيوعاً لديهم، كما قرر المرضى إقبالهم بشدة على سوء استخدام المواد التالية : (الكحول – النيكوتين – القهوة – المسكنات).

وقام ريكتور وآخرون (Rector, et al., 2002) بفحص الفروق في سمات الشخصية لدى عينة من مرضى الوسواس القهري قوامها (٩٨) من مرضى الوسواس القهري، وأخرى قوامها (٩٨) من مرضى الاكتئاب،

باستخدام نموذج عوامل الشخصية الكبرى. وقد طبقت عليهم قائمة أبعاد الشخصية المعدلة (NEO PI-R).

وقد كشفت النتائج عن تباين مرضى الوسواس القهري في مجالات أو ميادين العوامل الخمسة (لكل عامل من العوامل الخمسة مجموعة سمات تميزه عن غيره من العوامل الأخرى) وهى العصابية والانبساط، ويقظة الضمير، والتفتح على الخبرة والطيبة agreableness. وفي مجال المقارنة بينهم وبين مرضى الاكتئاب تبين أنهم أكثر انبساطاً وطيبة ويقظة ضمير (هم على سبيل المثال أكثر دفءً ومودة، وأكثر ثقة واستقامة، وهم الأكثر اقتداراً وتنظيماً) وأقل عصابية (أقل قلقاً وغضباً وعدوانية واندفاعاً وانعصاباً).

اما أحمد عكاشة (Ahmed Okasha, 2004) فقد عرض في دراسة له بعنوان" الوسواس القهري لدى المراهقين المصريين: تأثير الثقافة والدين" لبعض الدراسات المرتبطة بالوسواس القهري نعرضها فيما يلي:

الدراسة الأولى: اجراها " عكاشة وآخرون "عام ١٩٩٤على عينة قوامها (٩٠) مريضًا من مرضى الوسواس القهري من المترددين على العيادة الخارجية، تم تشخيصهم وفقاً لمعايير التصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD-10)، وقد كان متوسط عمر العينة ٢٣,٧ عام، كما كان عدد الذكور مساوياً لـ (٦٩%) وعدد الإناث مساوياً لـ (٣١%). وقد تمت متابعتهم في الفترة من عام ١٩٩١-١٩٩٢طبق خلالها عليهم مقياس "يل – براون" للتعرف إلى الأعراض الوسواسية.

وقد بينت النتائج أن (٢٠%) من المرضى ينتمون لأسر ذات تاريخ مرضي مع الوسواس القهري، و(٤٠%) يعانون من الوساوس والقهور معاً، و(٢٩%) يعانون من الوساوس فقط، و(٣١%) يعانون من القهور فقط. كما تبين أن (٦٠%) منهم يعانون من الوساوس الدينية ووساوس

التلوث، وأن أكثر الوساوس شيوعاً هي الوساوس الجسدية فهي تمثل (٤٩ %). وبالنسبة للقهور فقد كانت أكثر القهور شيوعاً طقوس التكرار (٦٨%) تلاها الاغتسال والنظافة (٦٣%)، ثم المراجعة (٥٨%)، وتلك الطقوس هي الأكثر ارتباطاً بالمعتقدات الدينية.

وبالنسبة للمصاحبات المرضية فقد تبين أن ثلث المرضى يعانون من اضطراب الاكتئاب، والثلث الثاني يعاني من اضطرابات سيكاترية أخرى غير الاكتئاب، والثلث الثالث لا يعاني من مصاحبات مرضية. كما كشفت النتائج عن وجود مصاحبات مرضية في فترات ما قبل المرض تمثلت في الاضطرابات البارانويدية واضطراب الشخصية الوسواسية، واضطراب القلق أو التقلب الانفعالي.

ومن أهم النتائج التي كشفت عنها الدراسة أنها أكدت على الدور الذي تلعبه العوامل الثقافية والنفسية-الاجتماعية في بداية ظهور الوسواس القهري، كما أن تلك العوامل تؤثر في مدى استجابة المرضى للعلاج. وأخيراً فقد أبرزت النتائج أن غالبية المرضى غير مستبصرين بطبيعة حالتهم المرضية.

الدراسة الثانية: اجراها " عكاشة وآخرون "عام (٢٠٠٠) على عينتين الأولى: قوامها (٣٧٢) من مرضى النفس السيكاتريين، والثانية قوامها (٣٠٨) من الأسوياء، وقد سعت الدراسة إلى بيان أن الأعراض الوسواسية القهرية ليست قاصرة على مرضى الوسواس القهري، وإنما توجد أيضاً في العديد من الاضطرابات السيكاترية الأخرى.وقد طبق على العينتين مقياس "يل – براون" لأعراض الوسواس القهري.

وقد بينت النتائج أن العينة السيكاترية أكثر اظهاراً لأعراض الوسواس القهري مقارنة بالأسوياء، وأن الفرق بينهم دال لإحصائياً، وأنّ (٨٣%)

منهم يعانون من الاضطرابات العصابية، والانعصاب، والاضطرابات الجسدية، و(٥١%) لديهم اضطرابات مزاجية، و(٤٧%) منهم من الفصاميين، أو من النمط الفصامي والضلالي، وهولاء قد أظهروا أعراضاً وسواسية قهرية ضمن أعراض اضطراباتهم.

وقد أبرزت النتائج أن معدلات الانتشار المرتفعة للأعراض الوسواسية لدى المرضى السيكاتريين تعد من متلازمات الوسواس القهري، لذا فإن الأعراض الوساوسية التي تبدو لديهم تختلف عما لدى الأسوياء.

الدراسة الثالثة: اجراها " عكاشة وآخرون "عام (٢٠٠١) بهدف التعرف إلى انتشار الوسواس القهري، وذلك لدى على عينة من طلاب الثانوي والجامعة من الجنسين من منطقة العباسية التعليمية، وقد تراوح المدى العمري لهن من (١٥-٢٤) عام، وقد طبق عليهم استخبار الصحة العامة للتعرف إلى الاضطرابات السيكاترية، والمقياس العربي للسمات الوسواسية، وقائمة "يل – براون" للوسواس القهري، كما طبقت معايير التصنيف الإحصائي الدولي العاشر للأمراض.

وقد بينت النتائج أن نسبة انتشار الأمراض السيكاترية ـ التي لا تصل إلى حد الخطورة ـ قد بلغت (٥١,٧%)، واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية (٢٦,٢%)، والسمات الوسواسية (٤٣,١%). كما بينت النتائج أن أعراض الوسواس القهري أكثر شيوعاً بين الطلاب والطالبات الأصغر سناً، وهى أكثر شيوعاً بين الإناث مقارنة بالذكور، وهى أكثر شيوعاً أيضاً لدى المولود الأول للأسرة.

أما أهم الأعراض الوسواسية، فهي وساوس العدوان والتلوث والدين، وبالنسبة للطقوس القهرية فقد كان أبرزها طقوس النظافة. وأخيراً فقد تبين

أن (١٩%) يعانون من اضطراب الوسواس القهري، وذلك وفقاً للتصنيف الإحصائي الدولي العاشر للأمراض.

وقد ذكر الباحثون أن هذا الانتشار المرتفع يمكن أن يفسر في ضوء العديد من العوامل البيولوجية والاجتماعية، تلك العوامل التي يمر بها المراهق في مرحلة المراهقة وبداية مرحلة البلوغ. وهذا حقيقي في بلد مثل مصر حيث أن الموقف الاقتصادي الاجتماعي في الأسرة المصرية هو الذي يسبب للمراهق طول الفترة التي يعتمد فيها على الأسرة، ويحاول أن يجد فيها حياة يعتمد فيها على نفسه بشكل يجعله يواجه العديد من التحديات، ومن أهم تلك التحديات (المستوى الاقتصادي غالباً)، أضف إلى ذلك أن أخر عامين من حياة المراهق في التعليم الثانوي، وهما الصف الثاني والثالث الثانوي في التعليم المصري، هما اللذين يتحدد من خلالهما مستقبل المراهق المصري فيما بعد، كما يتحدد من خلالهما ما إذا كان الفرد سيدخل الجامعة أم لا، وهذا مؤشر هام وحاسم يشير لتأثير الحالة الاجتماعية حتى في غياب مصادر الدخل الاقتصادي.

وفي دراسة قام بها جمال الخطيب (٢٠٠٤) بتقييم نمط المراجعات النفسية في القطاع الخاص بالأردن، تبين أن (٣٨%) ممن يترددون على العيادات النفسية هم من ذوي اضطرابات القلق والذي يشمل مجموعة من الأمراض مثل القلق العام، ونوبات الفزع، وحالات الرهاب الاجتماعي، والوسواس القهري. وقد أشارت الدراسة إلى أن اضطرابات القلق هي الأكثر شيوعاً على المستوى العالمي، وأن الوضع في الأردن يتماثل مع ذلك.

وفي دراسة كان هدفها التعرف إلى الصلة بين المعتقدات الوسواسية وأعراض الوسواس القهري لدى كبار السن والمراهقين قامت بيثاني (Bethany,2006) باستخدام معادلة النماذج البنائية structural

equation models بهدف تقييم العلاقة بين المعتقدات الوسواسية وأعراض الوسواس القهري، وذلك على عينة قوامها (٣٣) من كبار السن والمراهقين تراوح المدى العمري لهم من (١٨-٩٣) عاماً.

وقد أكدت النتائج على عدم وجود فروق دالة بين كبار أو صغار السن في المعتقدات الوسواسية وأعراض الوسواس القهري. غير أن كبار السن كانوا أكثر إظهاراً – نسبياً – لأعراض الوسواس القهري والمعتقدات الوسواسية، وذلك بسبب تأثرهم بعامل السن والإنحدار الجزئي لديهم في المعرفة الذاتية Subjective cognitive.

وفي دراسة عن معدل انتشار الأعراض الوسواسية وظواهرها لدى عينة من مرضى الفصام المصريين مقارنة بمرضى الوسواس القهري غير الذهانيين قام " خشبة وآخرون " (Khashaba, A. et al., 2006) بتحديد معدل ظهور اعراض اضطراب الوسواس القهري في مرضى الفصام المزمنين، ثم مقارنة محتوى الأعراض الوسواسية لديهم بمرضى اضطراب الوسواس القهري التقلديين (غير الذهانيين)، للإجابة على سؤال: هل ظهور أعراض وسواسية في مريض الفصام يعني أن أعراض الوسواس هى جزء من أعراض الفصام أم أن السبب هو تواكب الاضطرابين معاً في نفس المريض؟

وقد تكونت عينة الدراسة من (١٣٢) مريضاً، بواقع (١٠٠) فصامي مزمن (مجموعة أ ، ب) و(٣٢) مريضاً بالوسواس القهري (مجموعة ج)، وقد تم تشخيصهم وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV)، بالإضافة للمقابلة الإكلينيكية النفسية والفحص الطبي الكامل. وقد استخدم مقياس "يل – براون" للوسواس القهري في تقسيم مرضى الفصام المزمنين حسب وجود أعراض الوسواس القهري، وكذلك في بيان

محتوى الأعراض الوسواسية في مجموعة "ب" وقوامها(٤٠) مريضاً، ومجموعة " ج" وقوامها (٣٢) مريضاً.

وقد أظهرت النتائج أن معدل ظهور أعرض الوسواس القهري في مرضى الفصام المزمنين يبلغ (٤٠%) وبينت المقارنة أن:

١- الفارق الوحيد ذي الدلالة الإحصائية بين الفصاميين من ذوي الأعراض الوسواسية والفصاميين دون أغراض وسواسية هو طول مدة الاضطراب، فكلما طالت مدة الاضطراب زاد احتمال ظهور الأعراض الوسواسية.

٢- لم يختلف محتوى الأعراض الوسواسية اختلافاً ذا دلالة إحصائية بين مرضى الفصام الموسوسين ومرضى الوسواس القهري التقليديين (غير الذهانيين)، وهو ما يرجح كفة التواكب المرضي على كفة اعتبار الأعراض الوسواسية جزءاً من أعراض الفصام.

وفي دراسة قام بها فهد بن سعيد الطلوحي (٢٠٠٧) وهى بعنوان الوسواس القهري وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبري للشخصية – دراسة وصفية ارتباطية – وذلك على عينة قوامها (٦٤) مريضاً بالوسواس القهري من الذكور السعوديين من مراجعي العيادات الخارجية بمجمع الأمل للصحة النفسية، وقد استخدام المقياس العربي للوسواس القهري، وقائمة عوامل الشخصية الخمسة (الصورة السعودية للذكور) من إعداد: عبد الله الرويتع.

وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً بين الوسواس القهري (الدرجة الكلية) وكل من: العصابية، الانبساط، الطيبة، الانفتاح علي الخبرة. كما كشفت النتائج عن عدم وجود علاقة دالة إحصائياً بين الوسواس القهري (الدرجة الكلية) ويقظة الضمير. وبالإضافة إلى ذلك

تبين عدم وجود اختلاف في درجات الوسواس القهري باختلاف العمر والمستوي التعليمي والحالة الزواجية.

أما توريس وآخرون (Torres, et al., 2006) فقد قاموا بمراجعة بيانات دراسة مسحية اجراها المعهد القومي البريطاني السيكاتري للمصاحبات المرضية عام (٢٠٠٠)، وذلك على عينة قوامها (٨٥٨٠) فرداً ممن تراوحت أعمارهم بين ١٦- ٧٤ عام، وقد تم اختيار العينة بشكل عشوائي من مناطق عدة في أنحاء متباينة من بريطانيا ممن يعيشون في منازل خاصة بهم، وقد تم استخدام معايير التصنيف الإحصائي الدولي العاشر للأمراض (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية.

وقد كشفت النتائج عن أن الوسواس القهري ينتشر بنسبة (١,٣%)، وأن (٦٢%) من مرضى الوسواس القهري يعانون من العديد من المصاحبات مرضية، والتي من أهمها الاكتئاب الذي ينتشر بنسبة (٣٧%) والقلق العام بنسبة (٣١%) واضطرابات الذعر والخوف من الخلاء بنسبة (٢٢%) والفوبيا الاجتماعية بنسبة (١٧%).

كما كشفت النتائج عن أن بعض مرضى الوسواس القهري يتعاطون العقاقير والكحوليات من الجنسين، وإن كان الذكور أكثر اعتماداً على العقاقير والكحوليات مقارنة بالنساء. ومنهم من أظهر محاولات سلوكية انتحارية قدرت بنسبة (٢٥%) من مجموع مرضى الوسواس القهري، وأنه لا فرق بين مرضى الوسواس القهري في حالة.وجود مصاحبات مرضية أو في حالة عدم وجودها بالنسبة للمحاولات السلوكية الانتحارية.

كما كشفت النتائج عن أن اضطراب الوسواس القهري يزداد مع وجود معوقات في العمل، وأيضاً في حالة وجود معوقات بيئية اجتماعية. كما أكدت النتائج على أن النساء أكثر اظهاراً لأعراض الوسواس القهري مقارنة

بالذكور، كما بينت أن أعراض الوسواس القهري أكثر ظهوراً لدى صغار السن مقارنة بكبار السن، فهو ينتشربنسبة (٠,٢%) في المدى العمري من ٦٥-٧٤ عام، وبنسبة (١,١%) في المدى العمري من ٤٥-٦٤ عام، وبنسبة (١,٢%) في المدى العمري من ٢٥-٤٤ عام، وبنسبة (١,٤%) في المدى العمري من ١٦-٢٤ عام.كما أكدت على أن العصابيين هم الأكثر ظهوراً لأعراض الوسواس القهري.

وفي دراسة قام بها عبد الواحد مشعل (ب. د.) لبحث تأثير اضطراب الوسواس القهري على التكيف النفسي والاجتماعي للمصابين به، وبمعني أخر معرفة دور الوسواس القهري في السلوك الاجتماعي. وقد اعتمد البحث على منهج دراسة الحالة لتطبيقه على (٧) حالات تعاني من اضطراب الوسواس القهري والتي راجعت أحد الوحدات النفسية بمدينة الزاوية الليبية، كما تمت الاستعانة بمنهج المسح الاجتماعي بطريقة العينة حيث تم تصميم استبيان مكون من (١٧) سؤالاً متعلقة بتوزيع العينة بين الذكور والإناث، وعن الدخل الشهري والمستوى التعليمي للمبحوثين البالغ عددهم (١٢) فرداً فضلاً عن أسئلة أخرى عن موضوع البحث.

وقد توصل البحث إلى العديد من النتائج نكتفي بذكر ما يلي منها:

١- السلوك التكراري الذي يظهر بين المصابين باضطراب الوسواس القهري ينحصر في غسل اليدين وغلق الأبواب وإحكام أجهزة الغاز والذهاب والإياب في الطريق نفسه وتكرار الصلاة.

٢- أن السلوك الذي يمارسه المصابون يكون مشحوناً بالتوتر ويصاحبه قلق فضلاً عن الشك خلال تعاملهم مع الأخرين.

٣- اتضح أن المصابين بالوسواس القهري يعانون من سوء العلاقات الزوجية. وهذا يتفق مع بعض الدراسات السابقة التي تؤكد أن هناك ارتباطاً بين اضطراب الوسواس القهري وسوء العلاقات الأسرية.

٤- تبين من البحث أن أغلب المرضى يعانون من مخاوف لا وجود حقيقي لها فضلاً عن معرفتهم بأن الطقوس التي يمارسونها ويؤدونها لا معني لها.

٥- اتضح أن كثيراً من المصابين ينتمون إلى أسر غنية وبعضهم حاصل على تعليم عال. كما اتضح أنهم أكثر حرصاً على إنجاز أعمالهم بأيديهم ويميلون إلى الاعتزاز بالأشياء التي في حوزتهم بالرغم من عدم فائدتها. كما أنهم يعانون من العزلة والوحدة وعدم قدرتهم على التفاعل مع الآخرين بشكل مستمر.

٦- أكدت إجابات العينة وبنسبة (٦٦,٣٣ %) أن التربية الدينية الصارمة تؤدي إلى الخوف من الوقوع في الحرام مما جعلهم يحرصون في معاملاتهم وتعاملاتهم مع الآخرين، الأمر الذي أدى إلى تكرار بعض حركاتهم، حتى أصبحت فيما بعد تشكل حالة مرضية في الكثير منها.

٧- السلوك القهري الذي يمارسه أفراد العينة يكون مشحوناً بالتوتر، ويصاحبه قلق فضلاً عن الشك خلال تعاملهم مع الآخرين.

أهمية الدراسة:

عندما شرع الباحث في الإعداد لهذه الدراسة كان هدفه الاساسي يتمثل في دراسة الوسواس القهري لدى عينات عمرية متباينة من المجتمع الريفي، وكذلك قطاعات أو فئات متباينة؛ ذلك لأن جميع الدراسات التى أجريت في مجال الوسواس القهري سواء على المجتمع العربي على وجه العموم أم على المجتمع المصري على وجه الخصوص، انصبت على عينات من الطلبة

والطالبات فقط دون النظر إلى مجموعات عمرية، أو فئات أخرى من غير الطلبة كالمرضى أو المسنين أو العاملين وغير العاملين، وغير ذلك مما تبحثه تساؤلات الدراسة الحالية.

كما أن الدراسات السابقة جميعها ـ العربية أو المصرية ـ أجريت على عينات من المجتمع الحضري من الطلبة والطالبات وهو مجتمع متعلم وله سماته التى ولا شك تختلف كثيراً ـ من حيث الخصائص والتكوين أو البناء وكذلك الصحة العضوية وصغرالسن ـ عن المجتمعات الأخرى كالمرضى والمسنين والعاملين وغير ذلك.

وقد وجد الباحث نفسه أمام عينات مختلفة شكلاً وموضوعاً عن عينات الدراسات السابقة فجميع أفراد الدراسة حتى الطلبة والطالبات (وهم الفئة الوحيدة المستخدمة في دراسات الوسواس القهرى السابقة) من محافظة الدقهلية، وهى محافظة ريفية تختلف في عادتها وتقاليدها عن المجتمعات الأخرى خصوصاً محافظة الأسكندرية، حيث أجريت الدراسة المصرية على طلبة جامعة الأسكندرية وطالبتها، وباستخدام أداة الدراسة الحالية ـ المقياس العربى للوسواس القهري ـ وهذا جعل الباحث يسعى إلى التعرف إلى المكونات العاملية للوسواس القهري كما تقاس بالأداة المستخدمة لدى العينات الريفية، والتعرف إلى أوجه التشابه أو الاختلاف بين عوامل عينات المجتمع المصرى الحضرى والريفى كما قيست فى الدراسة الحالية والدراسات السابقة. وليس هذا فقط بل المقارنة بينهم من حيث المتوسطات الحسابية والدلالات الإحصائية.

وينوه الباحث إلى أنه بعد أن سار قدماً في البحث وبعد أن أطلع على العديد من الأطر النظرية والدراسات السابقة، تبين له دراسة قام بها واضع أداة المقياس المستخدم في الدراسة الحالية نشرت باللغة الإنجليزية في

المجلـة الأوروبيـة للتقدير أو التقييم النفسى عـام (١٩٩٨) European Journal psychological assessment وهى دراسة غير متداولة في البحوث المصرية أو العربية – حسب حدود علم الباحث – حيث لم تشر إليها دراسة سابقة تفصيلياً بما تتضمنه من نتائج. وهذا ما حدث في الدراسة الحالية التي ربما تعد أول دراسة تتناولها حسب حدود علم الباحث.

والسبب في ذلك والأهم – من وجهة نظر الباحث – يرجع إلى ارتباط تلك الدراسة السابقة بالدراسة الحالية حيث هدفت إلى تحديد معايير للمقياس العربى للوسواس القهري في ضوء متغيرات العمر والجنس والوسواس القهري.

وقد كانت العينات موزعة على النحو التالي: طلاب وطالبات (ثانوى وجامعى)، مدرسون ومدرسات، موظفون وموظفات، أطباء ذكور، ممرضات، ربات بيوت. وقد تم التطبيق على الطلاب والمدرسين في موقف اختبار جمعي، والباقي تم التطبيق عليهم بصورة فردية.

والدراسة كما نشرت - برغم كبر حجم العينة حيث بلغ (١٥٥٠) ذكراً وأنثى- ركزت فقط على الفرق بين المتوسطات، ومستوى الدلالة في عينات الطلاب والمدرسين والموظفين، واكتفت بعرض متوسطات وانحرافات عينات الأطباء والممرضات وربات البيوت دون أن تشير من قريب أو بعيد لدلالة الفرق بين المتوسطات لا بين المجموعات المتقابلة ولا غيرها، ودون أية إشارة لتفسير النتائج التى توصلت إليها الدراسة.

وهنا يرد سؤال لماذا ما دام قد حسبت الفروق في المتوسطات بين عينات الطلاب والمدرسين والموظفين، لماذا لم يتم حساب الفروق بين عينات متقابلة من الطبيبات والممرضين الذكور وأرباب البيوت من الذكور (الأزواج والزوجات مثلاً أو الأرباب من غير الأزواج).

ولعل هذا يعطي الأهمية للدراسة الحالية، فهي- حسب حدود علم الباحث - الدراسة الوحيدة التي بحثت الوسواس القهرى لدى المرضى والمسنين والموظفين والطلبة من الجنسين، ولدي العينات الفرعية (مرضى وأسوياء، عاملين وقاعدين، مسنين ومراهقين) بالإضافة إلى العينة الكلية.

وينوه الباحث أيضاً إلى أن الدرابسة السابق الإشارة إليها قد نشرت كدراسة ضمن عشر دراسات إمبيريقية أجراها معد المقياس، تم تناول بعضها من قبل - كتساؤلات - في جزئية العلاقة بين الوسواس القهري وبعض المتغيرات النفسية، والبعض الأخر سيتم تناوله في الدراسات السابقة.

ونختم القول هنا بأنه ربما كان وراء ذلك ما سعى له مؤلف الدراسة وهو وضع مقياس عربي للوسواس القهري مع بيان معالمه السيكومترية والإحصائية الأساسية وبعض متعلقاته، مقياس نابع من البيئة العربية وفى ضوء ثقافتها، وبعيداً عن المقاييس الأجنبية للوسواس القهري وما تتضمنه من بنود وصياغات وعادات غريبة عن مجتمعنا ولا تتناسب مع ثقافتنا.

وإن كان هذا لايمنع من الإشارة إلى أن المؤلف الأصلي للمقياس العربي للوسواس القهري قد قام بإعداد صيغة إنجليزية للمقياس بالاشتراك مع ديفيد ليستر David Lester حسب له أيضاً ما تم حسابه في المقياس المستخدم في الدراسة، كما تم تطبيقه على عينات أمريكية وعربية - كويتية على وجه الخصوص - وباستخدام النسختين العربية والأجنبية من المقياس.

الدراسات السابقة:

يعد قياس الوسواس القهري وتقديره أمرًا مهماً في كل من البحوث والممارسات الإكلينيكية، ومقاييس الوسواس القهري المتاحة باللغة الإنجليزية متعددة وكثيرة، بل هناك مقاييس للوسواس القهري أعدت للتعرف

من خلالها لا على الوسواس القهري فقط، بل على مصاحباته المرضية مثل "مقياس يل – براون للوسواس القهري – هوس شد الشعر"
Yale Brown Obsessive Compulsive Scale–Tricotillomanin
(YBOCS-TM)، ويقوم الباحثون بحساب الخصائص السيكومترية لتلك المقاييس كالصدق التلازمي واتساق التركيب الداخلي، بل وبطريقة الاتفاق بين المقدرين interrate agreement وهى طريقة تستخدم لحساب الارتباط بين عدة تقديرات نظراً للطبيعة التي تتميز بها تلك المصاحبات. (Stanely, et al., 1999)

أما فى اللغة العربية فالحال عكس ذلك، إذ يعد هذا النوع من المقاييس قليلاً بالمقارنة إلى مقاييس الشخصية والقلق والاكتئاب. ويمكن أن نصنف المقاييس المتاحة بالعربية إلى مايلي:

١- المقاييس الأجنبية التي تم تعريبها.

٢- القوائم متعددة الأوجه التي يعد المقياس القهري أحد مقاييسها الفرعية.

٣- المقاييس المؤلفة من قبل الباحثين المصريين أوالعرب.

وهذا يدفعنا إلى القول بأن الدراسات التي اهتمت بدراسة الوسواس القهري قد تفرعت إلى ما يلي:

أ- دراسات اهتمت بانتشار الوسواس القهري.

ب- دراسات اهتمت بالعلاج الدوائي أوالسلوكي، أو الدوائي والسلوكي معاً.

ج- دراسات اهتمت بالتعرف إلى علاقة الوسواس القهري ببعض المتغيرات النفسية.

د- دراسات اهتمت بإعداد المقاييس وتطويرها – عربية أو أجنبية – في مجال قياس وتقدير اضطراب الوسواس القهري وأعراضه.

والدراسات (أ، ب، ج) أشير إليهم منفصلين عند الحديث عن دراسات انتشار الوسواس الفهري، وعند الحديث عن أساليب العلاج الدوائي وأهمية الدمج بينه وبين العلاج السلوكي، وكذلك علاقة الوسواس القهري ببعض المتغيرات النفسية، ولم يشأ الباحث دمجهم مع الدراسات السابقة المعروضة في الدراسة الحالية، كما فعل باحثون آخرون في دراساتهم السابقة التي تماثل الدراسة الحالية في بعض أهدافها وذلك لعدم الحاجة المباشرة لهم، غير أن الباحث قد آثر عرضهم في موقعهم الذي ذكر من قبل لبيان معدلات انتشار الوسواس وما له من تأثير على بعض المتغيرات النفسية على وجه الخصوص، والاعتماد على بعض ما جاء بهم من بيانات عند تفسير النتائج، اما الدراسات الرابعة والأخيرة، فهى التى تتفق مع أهداف الدراسة الحالية بشكل مباشر.

ووفقاً لطبيعة الدراسة الحالية، وكذلك طبيعة عينات الدراسة، وكذلك المقياس المستخدم في الدراسة، وأيضا تساؤلات الدراسة، فإن الباحث سوف يكتفي بعرض الدراسات التي أجريت سواء في الحقل المصري أم العربي أم الأجنبي والتي تتماشى مع ما سبق الإشارة إليه. وفيما يلى نعرض لتلك الدراسات على النحو التالي:

قام مدحت عبد اللطيف (١٩٨٩) بدراسة عن نمط الشخصية القهرية لدى عينة من طلاب جامعة الأسكندرية من الجنسين، بهدف معرفة الخصائص الشخصية لنمط الشخصية القهرية، ودراسة الفروق بين الجنسين على ضوء المكونات العاملية للمقياس المستخدم في دراسته وهو من تأليف (جيرالد جب Gibb وزملاؤه)، وقام مدحت عبد اللطيف بتعريبه وإعداده، واستخراج معاملات ثباته وصدقه وتحليل بنوده عاملياً. وقد أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق بين الجنسين فى نمط الشخصية القهرية.

وفي دراسة قام بها كل من "أحمد عبد الخالق ومايسة النيال"(١٩٩٠) كان هدفها فحص العلاقة بين الوساوس القهرية وكل من القلق والمخاوف والاكتئاب. وقد اشتملت العينة على (٢٢٤) من طلاب جامعة الإسكندرية وطالباتها بواقع (١١٢) طالباً، (١١٢) طالبة، وطبقت المقاييس الآتية في موقف قياس جمعي: ، ومقياس سمة القلق، وقائمة (بك) للاكتئاب، وقائمة مسح المخاوف، قائمة الوساوس القهرية، والمقياس الأخير من إعداد معد المقياس المستخدم في الدراسة الحالية وبنوده هي ذات بنود المقياس العربي للوسواس القهري، غير أنه لم يكن قد نشر وقتها.

وقد أظهرت النتائج فروقاً جوهرية إحصائية بين الذكور والإناث في مقياس الخوف والاكتئاب فقط (متوسط درجات الإناث أعلى من متوسط درجات الذكور). واستخرجت ارتباطات جوهرية إحصائية موجبة مرتفعة بين جميع مقاييس الدراسة.

وعلى الرغم من ذلك فإن ارتباط الوساوس بكل من القلق والاكتئاب كان أعلى من ارتباطها بالمخاوف، وقد استخرج عامل واحد تشبعت به جميع المقاييس تشبعات جوهرية موجبة ومرتفعة. وينطبق ذلك على عينتي الذكور والإناث كل على حدة. وتدعم هذه النتيجة افتراض العصابية بوصفها عاملاً عاماً يتطابق تطابقاً كبيراً بين الذكور والإناث. وفيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في الوسواس القهري، لم تكن الفروق دالة بين الذكور والإناث وإن كان متوسط الإناث (١٦,٠٣) أعلى من متوسط الذكور (١٥,٧٢).

وقد قام "عادل شكري" (١٩٩١) بدراسة نمط (أ) للشخصية وعلاقته ببعض المتغيرات، وذلك على عينة قوامها (١١٢) طالباً و(١١٨) طالبة. وقد استخدم الباحث المقاييس التالية: سلوك نمط " أ "، القلق، الهستيريا، الاكتئاب، المخاوف، السلوك العدواني، قلق الموت، الانبساط، العصابية،

الوسواس القهري، والمقياس الأخير ينطبق عليه ذات القول الذي قيل آنفاً في دراسة "عبد الخالق ومايسة النيال، ١٩٩٠".

وقد أسفرت النتائج عن ارتباطات جوهرية موجبة بين الوسواس القهري وكل من القلق، والهستيريا، والاكتئاب، وقلق الموت، والعصابية.

أما فيما يتعلق بالعلاقة السلبية بين الوسواس القهري وبعض المتغيرات النفسية الأخرى، فقد كشفت الدراسة عن ارتباط سلبي بين الوسواس القهري والانبساط. وفيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في الوسواس القهري لم تكن الفروق دالة بين الذكور والإناث، وإن كان متوسط الإناث (١٥,٥٦) أعلى من الذكور (١٤,٧١).

وفي دراسة قام بها "عبد الخالق والدماطي" (١٩٩٥)، بتطبيق المقياس العربي للوسواس القهري على عينات سعودية موزعين إلى أربع عينات فرعية (١٢٠ طالباً، ١٧٠ طالبة) وكلهم من طلاب (٢٥) مدرسة ثانوية؛ بالإضافة إلى (٣٣٢ طالباً، ٣٠١ طالبة من طلاب الجامعة).

وقد كشف المقياس المستخدم عن معاملات ثبات مرتفعة بطريقة التنصيف و بنية عاملية متسقة وواضحة على العينات السعودية، كما كشف التحليل العاملي لبنود المقياس عن تسعة عوامل هى:

عامل عام للوسواس القهري، المراجعة، التدقيق وعدم الحسم، التكرار والعد، لوم الذات والشك والتردد، السواء مقابل الوسواس، البطء مقابل التحرر من الوسوسة، الخواطر الملحة، الاهتمام بالتفاصيل.

ولم تظهر فروق جوهرية إحصائياً بين الجنسين ولا بين المجموعتين العمريتين لطلاب المدارس الثانوية والجامعة، وحصلت العينات السعودية في مقياس الوسواس القهري على متوسطات أقل من نظرائهم المصريين والقطريين واللبنانيين.

وقد فسر الباحث هذه النتيجة بأن العينات السعودية تأثرت ببعض أساليب التنشئة الاجتماعية التي تعد أقل إثارة لأنماط الاستجابات التي تهيئ الطفل مستقبلاً للسلوك الوسواسي، ويؤكد هذا التفسير المقترح على دورعملية الإشراط في اكتساب السلوك، ودور التعلم الاجتماعي الذي ينتج عن القدوة أو النموذج الذي يضعه الوالدان للطفل.

وفي دراسة قام بها "العنزي" (١٩٩٧) هدفت إلى الكشف عن متوسطات الوسواس القهري لدى عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة المتوسطة بدولة الكويت، وفحص الفروق بينهما في الوسواس القهري، والتوصل إلى العوامل المكونة للمقياس، اعتمادا على استجابات التلاميذ والتلميذات الكويتيين، وقد كانت عينة الدراسة مكونة من (٢٠٠) تلميذاً، (١٩٨) تلميذة من المرحلة المتوسطة.

وقد استخدم في الدراسة المقياس العربى للوسواس القهرى (للأطفال). وانتهت الدراسة إلى أن متوسطات التلميذات كانت أعلى من متوسطات التلاميذ في الوسواس القهري، كما كشفت نتائج الدراسة عن عدد من العوامل تشبع بها عدد من البنود تشبعاً جوهرياً لدى العينتين، وكانت متشابهة إلى حد كبير.

وفى دراسة أجراها"عبد الخالق" (Ahmed Abdel-khalek, 1998) طبق فيها المقياس العربى للوسواس القهري على عينة قوامها (٧٨٨) ذكراً، و(٧٦٢) أنثى، وزعت على إحدى عشرة عينة فرعية من المصريين مقسمة على النحو التالي:

١ـ عينة تلاميذ الثانوى (٢٢٩ذكراً، ٢٤٤ أنثى).

٢ـ عينة طلبة الجامعة (٢٨٥ذكراً، ٢٣٦ أنثى).

٣ـ عينة المدرسين (١٠٣مدرساً، ١٢٤مدرسة).

٤- عينة الموظفين (٦٣موظفاً، ٦٠ موظفة).

٥- عينة الأطباء (١٠٨ طبيباً).

٦- عينة الممرضات (٥٣ ممرضة).

٧- عينة سيدات البيوت (٤٥ سيدة).

والعينات السابقة تم استخدامها في الدراسة الثامنة ضمن الدراسات العشر السابق ذكرها لتحديد معايير المقياس العربي للوسواس القهري. وقد كشفت النتائج عن الآتي:

أ- أقل متوسط كان لعينة الأطباء الذكور (ربما بسبب طبيعة عملهم كأطباء حيث أجابوا على البنود بطريقة دفاعية على ضوء الجاذبية الاجتماعية للبنود.

ب- أعلى المتوسطات كان لصالح عينة الإناث تلميذات الثانوي.

ج- متوسط الطلبة (ثانوى – جامعة) أعلى من متوسطات العاملين من المدرسين والموظفين، وقد فسرهذا الفرق في ضوء الاستقرار المهنى الذى يتمتع به العاملون (موظفون – مدرسون) في وقت زادت فيه حدة البطالة وقلة العمل.

وفي مجال المقارنة بين الجنسين يتضح ما يلى:

١- متوسط ذكور تلاميذ الثانوي أقل من متوسط تلميذات الثانوي.

٢- متوسط ذكور طلبة الجامعة أقل من متوسط طالبات الجامعة.

٣- متوسط ذكور المدرسين أقل من متوسط المدرسات.

٤- متوسط ذكور الموظفين أقل من متوسط الموظفات.

٥- قيمة "ت" كانت جوهرية إحصائياً فقط في حالتين فقط هما: تلاميذ الثانوي من الجنسين، حيث كانت قيمة "ت" دالة عند مستوى

(٠,٠٠١) لصالح الإناث، والمدرسون والمدرسات حيث كانت قيمة "ت" دالة عند مستوى (٠,٠١) لصالح الإناث أيضاً. ولم تسفر عن فروق جوهرية إحصائياً بين الجنسين في باقي العينات، ولم تكشف الدراسة عن تفسير لعدم جوهريتها فى باقي الحالات.

٦- كان ترتيب الأنماط الوسواسية على النحو التالي: الوسوسة، الترتيب النظام، البطء ، التردد، الاجترار، القهور، الدقة، التكرار، المراجعة.

أما الدراسة الأولى من بين الدراسات العشر، فقد أجريت بهدف التعرف إلى البناء العاملي، وذلك على عينة قوامها (٣٩٩) طالباً وطالبة ممن ينتمون إلى عدة كليات مختلفة من جامعة الأسكندرية، وقد تراوح المدى العمري لهم بين ١٨ – ٢٤ عاماً.

وقد أسفر التحليل العاملي عن سبعة عوامل هى: الشكوك الوسواسية **Obsessive doubts**، الترتيب والتنظيم **orderlines and discipline**، البطء والتردد **slowness and hesitation** الاجترار والقهر، التكرار والتدقيق (الوسوسة) **meticulousnes**، الفحص أو المراجعة، الافكار الوسواسية **obsessive thoughts**

وفى دراسة قام كل من "عبد الخالق وديفيد ليستر" **(Abdel-khalek and David Lester, 1998)** بالتحقق من ثبات المقياس العربي للوسواس القهري لدى عينتين قوامهما (١٣٢) أمريكياً، و (٢٠٤) كويتياً.

وقد دلت النتائج على أن معامل الارتباط (سبيرمان- براون) دال وجوهوي إحصائياً (٠,٨٢، ٠,٧٧). أما معامل الثبات فقد بلغ (٠,٨٢ ، ٠,٧٦) بطريقة ألفا – كرونباخ، وهى معاملات ثبات مرتفعة ومقبولة بالنسبة للعينتين.

وقد أشار الباحثان إلى أن معاملات الارتباط متوافقة مع نتائج الدراسات السابقة التي أجريت أجريت على المصريين عام (١٩٩٨)، والسعوديين عام (١٩٩٥).

وفى دراسة قام بها كل من "عبد الخالق وليستر" (Abdel-khalek and David Lester,1999a) كان هدفها التعرف إلى متوسط الوسواس القهرى لدى عينة من طلبة الجامعة الأمريكان (ن=١٣٢)، وطلبة الجامعة الكويتيين (ن=٢٠٤)، وقد طبق المقياس العربي للوسواس القهرى في نسختيه العربية والأجنبية. وقد كان المدى العمري لعينتي الدراسة يتراوح بين (١٨-٢٣) سنة.

وقد كشفت النتائج عن أن المتوسط الحسابي للعينة الأمريكية كان مساوياً لـ (١٤,٠٠)، بينما كان المتوسط الحسابي للعينة الكويتية (١٥,٧). وكانت قيمة "ت" مساوية لـ (٢,٦٠)، وهى دالة عند مستوى (٠,٠١). وهذا يعني أن طلبة الجامعة الكويتيين أكثر وسواساً قهرياً مقارنة بطلبة الجامعة الأمريكيين. وبمقارنة تلك النتائج بنتائج دراسات سابقة ــ كما ذكر الباحثان ـ يتبين أن ذلك المتوسط أقل مما كان لدى المصريين حيث كان المتوسط الحسابي (١٥,٦). أما القطريون فكان متوسط درجاتهم مساوياً لـ (١٥,١). وبشكل عام فإن العرب يحصلون على متوسط درجات أعلى على كل من القلق والمخاوف مقارنة بالأمريكيين.

وفي دراسة قام كل من "عبد الخالق وليستر" (Abdel-khalek and David Lester,1999b) بتطبيق المقياس العربي للوسواس القهري وقائمة مودسلي للوسواس القهري، وذلك على عينتين من طلاب الجامعة، الأولى من طلبة الجامعة الكويتيين (ن = ١٥٩)، والثانية من طلبة الجامعة الأمريكيين (ن =١٥٩)، وقد حسبت معاملات ارتباط بيرسون للدرجة الكلية

للمقياسين فكانت مساوية لـ (٠,٦٨) و (٠,٦٤) بالنسبة للكويتيين والأمريكيين.

ويدل هذا على الصدق التقاربي للمقياس العربي للوسواس القهري وقائمة مودسلي للوسواس القهري لدى كل من العينتين المتباينتين. والنتائج كما جاءت تدعم وتؤيد إمكانية استخدام المقياس العربي للوسواس القهري في كل من البحوث على المجتمع الكويتي والأمريكي.

وقام "توفيق عبد المنعم" (٢٠٠٠) بدراسة على عينة بحرينية هدفت إلى التعرف إلى البنية العاملية لاضطراب الوسواس القهري، وأنها تظهر في شكل عوامل فرعية، والمقارنة بين الجنسين في الوسواس القهري، كما هدفت إلى الكشف عن وجود فروق بين العينات تبعاً للأعمار الزمنية لأفراد العينة، ووجود فروق بين العينات البحرينية وبين العينات العربية الأخرى(السعودية ومصر).

وقد طبق المقياس العربي للوسواس القهري على عينة الدراسة التي تكونت من (٤٠٢) طالبً وطالبة من المرحلة الثانوية والجامعية بدولة البحرين، تم تقسيمها إلى أربع عينات فرعية كما يلي: (٩٨ تلميذاً، ١٠٤ تلميذة) من المدارس الثانوية الحكومية بالبحرين ، وقد تراوحت أعمارهم الزمنية بين (١٤ – ١٧) عامًا، بالإضافة إلى (٦٨ طالباً، ١٢٣ طالبة) من الكليات المختلفة بجامعة البحرين، ترواحت أعمارهم الزمنية بين (١٩: ٢٢) عاماً، ولم تكن هناك محددات معينة في اختيار العينة، فقد تم اختيارها بطريقة عشوائية لتكون هذه العينة ممثلة للمجتمع الأصلي.

وقد أسفر التحليل العاملي عن سبعة عوامل هى على الترتيب: عامل عام للوسواس القهري، المراجعة و التدقيق، وعدم النظام – الحسم، وعدم

الدقة، والأفكار الملحة، والاضطرار مقابل التحرر من الوسوسة، والسرعة مقابل التردد.

وقد أشارت الدراسة إلى أن وجود فروق بين العوامل من دولة إلى أخرى هو أمر متوقع، هذا فضلاً عن أن الدرجة الكلية على المقياس هى التي تستخدم ولا تستخدم الدرجات الفرعية.

أما فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين، فقد أشارت النتائج إلى أنه لم تكن هناك فروق جوهرية بين طلبة وطالبات المرحلة الثانوية، وقد فسرت هذه النتيجة من خلال المرحلة العمرية التي يقع فيها أفراد العينة والتي تماثل مرحلة المراهقة وما يصاحبها من متغيرات انفعالية يمكن أن تكون إلى حد ما متماثلة لدى كل من الذكور والأناث.

كما أظهرت النتائج أن هناك فروقاً دالة احصائيًا بين عينتي طلبة وطالبات الجامعة لصالح عينة الطالبات. ويمكن تفسير ذلك ـ كما أشار الباحث ـ في ضوء ما أشارت إليه بعض الدراسات من أن للإناث درجات مرتفعة على اضطراب الوسواس القهري، بالإضافة إلى أن للمرأة غالباً بعض الأفعال القهرية مثل غسل اليد.

وفيما يتعلق بالفروق تبعاً للمرحلة العمرية، فقد كشفت النتائج إلى أن هناك فروقا بين عينتي طلبة الثانوي وطلبة الجامعة، في حين لم تكن هناك فروق بين الطالبات، وقد فسرت هذه النتيجة في ضوء نتائج بعض الدراسات التي تشير إلى غلبة هذا الاضطراب لدى الأناث، وأن للإناث معدلات مرتفعة على العصابية، وحيث إن الوسواس القهري أحد الاضطرابات العصابية، فإنه بالتالي يمكن أن تتساوى درجات الإناث على هذا الاضطراب بغض النظر عن المرحلة العمرية، أما من حيث ارتفاع درجات طلبة الثانوي فمن المعروف أن

هذه المرحلة تماثل مرحلة المراهقة وما يصاحبها من تغيرات انفعالية تنعكس في ارتفاع درجات القلق لديهم.

وفيما يتعلق بنتائج المقارنة بين العينات البحرينية والسعودية والمصرية، فقد أظهرت النتائج ارتفاع درجات العينات البحرينية عن العينات السعودية، فيما عدا عينة طلبة الجامعة، حيث لم تكن هناك فروق دالة بين العينتين على الوسواس القهري.

أما بالنسبة للمقارنة بين العينات البحرينية والمصرية فلم تكن هناك فروق دالة بين العينات فيما عدا عينة طلبة الجامعة، حيث ظهرت فروق دالة لصالح المصريين. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ارتفاع درجات القلق لدى العينات المضرية عن العينات السعودية، وأن هناك تماثلاً إلى حد ما بين المجتمعين البحريني والسعودي، ونظراً لأن الوسواس القهري يصنف ضمن فئات القلق فيمكن أن يفسر هذا ارتفاع الوسواس القهري لدى العينة المصرية.

ونتائج تلك الدراسة أسهمت في إلقاء الضوء على طبيعة اضطراب الوسواس القهري لدى عينات مختلفة من طلبة وطالبات داخل المجتمع البحريني، كما أنها قدمت المقياس العربي للوسواس القهري والذي يعد وفقاً للدراسة الحالية مناسباً للتعرف على أعراض هذا الاضطراب.

وفي دراسة "العبد الخالق وليستر" (Abdel-Khalek and Lester, 2000) بعنوان: الوسواس القهري ومركز التحكم في السلوك والاكتئاب واليأس: الصدق التكويني للمقياس العربي للوسواس القهري. وذلك على عينتي من طلاب الجامعة الأمريكيين (ن = ١٤٤)، وطلاب الجامعة الكويتيين (ن = ٢٠٩). وقد طبقت الأدوات التالية: مقياس مركز التحكم في السلوك "الروتر" و"قائمة بك للاكتئاب" و"مقياس اليأس" و"المقياس

العربي للوسواس القهري، وذلك بنسختيه" العربية والإنجليزية لتتماشى مع تباين الثقافات والبيئات (العربية والأمريكية).

وقد كشفت النتائج عن وجود ارتباط موجب جوهري إحصائياً بين الوسواس القهري وكل من وجهة الضبط الخارجية حيث يعتقد أن السلوك يتحكم فيه عوامل خارجية مثل القضاء والقدر والصدفة والحظ والأحداث الخارجية الهامة، والاكتئاب واليأس. وقد كان معامل الارتباط بين العينتين (٠,٢٦، ٠,٢٥) بالنسبة لمركز التحكم الخارجي، (٠,٣١، ٠,٥٥) بالنسبة للاكتئاب، وأخيراً (٠,٤٣، ٠,٢٧) بالنسبة لليأس، وكانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠٠١).

وفي دراسة أخرى "العبد الخالق وسامر" (٢٠٠٢) طبق المقياس العربي للوسواس القهري على عينات سورية، بواقع (٤٦٧) ذكراً و (٤٦٧) أنثى.

وقد استخرج من معاملات الارتباط المتبادلة بين بنود المقياس تسعة عوامل هي: عامل عام للوسواس والقهر، النظافة والنظام، الشكوك والوسوسة، البطء، المراجعة، انتفاء الوسواس والقهر، الاهتمام بالتفاصيل، التكرار والترتيب.

وقد حصلت الإناث على متوسط أعلى جوهرياً من الذكور، وتساوت متوسطات السوريات تقريباً مع نظيرتها لدى المصريين، في حين زادت على متوسطات اللبنانيين والقطريين والسعوديين والأمريكيين.

وفي دراسة قام بها "دميان وآخرون" (Damiaan et al., 2004) كان الغرض منها التعرف إلى بعض الأعراض والسمات الإكلينيكية المرتبطة بالوسواس القهري حيث تم تطبيق عدد من مقاييس الوسواس القهري والتقرير الذاتي وهي: مقياس "يل – براون" للوسواس القهرى-Y)

(BOCS، وقائمة يل – براون للأعراض (Y-BOCS CL)، واستخبار تقرير الذات - قائمة "بادوا" المعدلة (PI-R) - وذلك على عينة قوامها (١٥٠) مريضاً بالوسواس القهري من المترددين على العيادات الخارجية.

وقد خضع كلّ من قائمتي "يل – براون" للأعراض، وقائمة "بادوا" للتحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلينج.

وقد كشفت النتائج عن توحدهما في ست عوامل مشتركة هى:

١- وساوس التلوث وقهور النظافة.

٢- الوساوس المرتبطة بالجسد والدين والجنس والمراجعة.

٣- الفحص والمبالغة فى تقدير المخاطر.

٤- الاندفاع والخوف من فقدان التحكم.

٥- وساوس النظام والدقة وقهور العد.

٦- الاجترار.

كما كشفت النتائج عن أن هناك اندماجاً overlap وتناسقاً كبيراً بين مقياس "يل - براون" وقائمة "بادروا" فيما يتعلق بمحتوى وشدة أعراض الوسواس القهري. وبفحص on inspection المحتوى المتماثل identical content لبنود القائمتين وجد اتفاق دال بين نصفي بنود القائمتين. كما تبين تفرد كل منهما بعوامل تخص كل قائمة بمفردها وهى كما يلى:

١- كشفت قائمة "بادوا" عن عامل وحيد هو عامل "الاجترار".

٢- كشفت قائمة "يل - براون" للأعراض عن عامل وحيد هو عامل "الوساوس الجسدية والمراجعة" وقد ذكر الباحثون أن قيامهم بهذه الدراسة كان بسبب أن اضطراب الوسواس القهري صار ينظر إليه

باعتباره اضطراباً متفردا له خصائص وأعراض تميزه عن غيره من الاضطرابات النفسية الأخرى. كما أن المصابين به يتصفون بخصائص سلوكية وعقلية لا متجانسة أو متناقصة فيما بينها heterogeneous.

والنتيجة تؤكد - كما أشار الباحثون - أنه يمكن الاعتماد على كل من المقاييس الإكلينيكية وتقرير الذات المستخدمة في هذه الدراسة.

ومؤخراً قام جاكوب وآخرون (Jakob., et.al., 2007) بحساب الخصائص السيكومترية لقائمة فو وآخرون (Foa,et al., 2002) المعدلة للوسواس القهرى (OCI-R) وذلك بتطبيقها على عينة قوامها (٨١٦) طالباً جامعياً بأيسلندا. كما قام الباحثون بحساب الصدق التلازمي concurrent validity للقائمة بتطبيقها مع "قائمة مودسلي" للوسواس القهري (MOCI) و"استخبار ولاية بن للقلق" (PSWQ)، وذلك على عينة قوامها (٣٠٤) طالباً جامعياً. كما طبقت مع "قائمة بادوا" – نسخة ولاية جامعة واشنطن– (PIWSUR)، وكذلك مقياس الكمالية المتعدد(MPS)، وذلك على عينة أخرى قوامها (٢١٢) طالباً.

وقد كشفت النتائج عن تمتع القائمة بمعاملات ثبات مقبولة، وذلك بحساب معاملات الثبات للدرجة الكلية للقائمة بطريقتي التطبيق وإعادة التطبيق، وألفا كرونباخ. كما كشفت النتائج عن ارتفاع معاملات الارتباط بين القائمة وقائمة مودسلي مقارنة باستخبار ولاية بن للقلق واستخبار الكمالية المتعدد.

كما كشفت القائمة عن ارتباطات بينية متبادلة Intercorrelation بينها وقائمة مودسلي مقارنة باستخبار ولاية بن للقلق واستخبار الكمالية المتعدد.

وقد كشفت النتائج في النهاية أن النسخة الأيسلندية تتمتع بخصائص سيكومترية جيدة الأمر الذي يعنى صلاحيتها للاستخدام لدى الطلاب الأيسلنديين.

تساؤلات الدراسة:

تتلخص تساؤلات الدراسة فيما يلي:

١- ما متوسط الوسواس القهري لدى عينات ريفية متباينة من المجتمع المصري.

٢- هل هناك فروق جوهرية إحصائياً في الوسواس القهري بين الجنسين في العينات المتباينة؟

٣- هل هناك فروق جوهرية إحصائياً في الوسواس القهري تبعاً للأعمار في العينات المتباينة؟

٤ - هل هناك فروق جوهرية إحصائياً في الوسواس القهري بين قطاعات أو فئات: المرضى والأسوياء، العاملين والقاعدين، المسنين والمراهقين.

٥ ـ ما الفروق بين العينات المصرية وعينات أخرى عربية.

٦ ـ ما التركيب العاملي لعينات البحث.

وأيضًا تهدف الإجابة عن هذه التساؤلات الست إلى بيان مدى كفاءة مقياس الوسواس القهري للاستخدام على عينات ريفية مصرية متباينة (مرضى ومسنين وموظفين وطلبة)، بعد بيان كفاءته على عينات حضرية مصرية من الطلبة، واعتمادًا على تحديد البنية العاملية لهذا المقياس، مع بيان أهم المعالم الوصفية له وفقاً لكل من الجنس والعمر، وأخيراً فحص الفروق بين عينات البحث من الطلبة الريفيين وغيرهم من الطلبة السعوديين واللبنايين والبحرنيين والقطريين والسوريين، وهم الفئات الذين طبقت عليهم

الأداة المستخدمة في هذه الدراسة في دراسات سابقة. ويؤكد الباحث على أنه لم يصل إلى علمه دراسة اجريت على الوسواس القهري لدى عينات ريفية مصرية متباينة أو على ذات العينات في أي مجتمع عربي أوغيره.

المنهج:

أولاً: عينات الدراسة:

أجريت هذه الدراسة على عينات عمرية وقطاعية متباينة من المجتمع المصري وقوامها (٤٩٠) ذكراً وأنثى تم تقسيمهم على النحو التالي:

أولاً: عينة المرضى: بواقع (٦٥) مريضاً، و(٦٥) مريضة. وجميعهم ممن يعالجون من الفشل الكلوي بمركز الكلى بالمنصورة.

ثانياً: عينة الموظفين: بواقع (٦٠) موظفاً، و(٦٠) موظفة. وهم من شركات السماد والغزل والنسيج والألبأن بمحافظة الدقهلية.

ثالثاً: عينة المسنين: بواقع (٦٠) مسناً، و(٦٠) مسنة. وجميعهم ممن تقاعد عن العمل بسبب بلوغ سن المعاش (٦٠عاماً)، وجميعهم من محافظة الدقهلية، وهم أقارب لموظفين يعرفهم الباحث حيث مكان عمله بآداب المنصورة.

رابعاً: عينة الطلبة: بواقع (٦٠) طالباً، و(٦٠) طالبة، وهم من كليات الآداب والحقوق والتجارة بجامعة المنصورة.

وقد تم توزيع العينات الأربع الأساسية إلي عينات فرعية وزعت علي النحو التالي:

١- المرضي والأسوياء (ذكور وإناث)

٢- العاملون والقاعدون عن العمل (ذكور وإناث)

٣- المسنون والمراهقون (ذكور وإناث)

ولم يوضع تخطيط معين، لتكون هذه العينات عشوائية ممثلة للمجتمع الأصلي؛ ومع ذلك يمكن القول بأن حجم هذه العينات يجعلها تميل إلى الاعتدالية، وينأى بها عن التحيز إلى حد بعيد.

ثانياً: أداة الدراسة:

قام "أحمد محمد عبد الخالق" بتأليف المقياس العربي للوسواس القهري عام (١٩٩٢) في صيغة عربية وأخرى إنجليزية عام (1998) وتفيد هاتان الصيغتان في الدراسات الحضارية المقارنة للوسواس القهري. ويشتمل المقياس العربي على (٣٢) عبارة، تجاب على أساس (نعم/لا)، وللمقياس صدق ظاهري جيد، ووصل معامل ثبات إعادة التطبيق (معامل الاستقرار) إلى (٠,٨٥). أما معامل الاتساق الداخلي فقد كان (٠,٧٣)، وذلك على عينة قوامها (٦٠) من طلاب الجامعة، وكان الصدق المرتبط بالمحك (الصدق التلازمي) مع قائمة موديسلي للوسواس القهري من وضع "هود جسون وريخمن" وتعريب "أحمد عبد الخالق" مرتفعاً إذ وصل معامل الارتباط بين القائمتين (ن = ٥٨ طالباً جامعياً، ٥٠ طالبة جامعية) إلى (٠,٧١) و (٠,٠٦٩) على التوالي. كما استخرجت سبعة عوامل دالة وذات معنى من المقياس سبق الإشارة إليها.

(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٢: ٢٤-٢٥ ؛ Ahmed Abdel Khalek, 1998)

وقد طبق المقياس بعد التأكد من ثباته وصدقه على عينات من لبنان وقطر (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٢: ٣٢) والبحرين (توفيق عبد المنعم، ٢٠٠٠) والسعودية (أحمد عبد الخالق، عبد الغفار الدماطي، ١٩٩٥) والكويت وأمريكا (Abdel Khalek and Lester, 1998, 1999a ,

(1999b , 2000)، كما طبق على عينات سورية (أحمد عبد الخالق وسامر جميل رضوان، ٢٠٠٢).

وللمقياس صورة مختصرة (١٦) بنداً مشتقة من المقياس الأصلي، حسب فيها معامل الثبات بطريقة (البنود المرتبطة بالدرجة الكلية للمقياس ≤ ٠,٥) إذ وصل ثبات التنصيف بعد تصحيح الطول بمعادلة " سبيرمان – براون " إلى (٠,٧٧) وهو ثبات مرتفع. (عبد الخالق، ١٩٩٢: ٣٤)

ورغم ما تقدم من صلاحية أداة الدراسة وأنه يمكن الركون إليها والاعتماد عليها سواء على المستوى العربي أم المصري، إلا أن الباحث قد قام بحساب معاملات ثبات التنصيف نظراً لتباين طبيعة عينة الدراسة الحالية وتعددها – عينة ريفية - من حيث الخصائص الديموجرافية والثقافية والعادات والتقاليد، وغير ذلك من صفات يتسم بها المجتمع الريفي.

هذا وقد تراوحت معاملات ثبات التنصيف بين (٠,٧١ ، ٠,٧٦) للعينات المصرية الثمانية وكلها تعد معاملات مرتفعة. والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (١)

معاملات ثبات التنصيف لدى ثماني عينات مصرية

العينة	ن	ر ١١
مرضى	٦٥	٠,٧١
مريضات	٦٥	٠,٧٥
موظفون	٦٠	٠,٧٤
موظفات	٦٠	٠,٧٢
مسنون	٦٠	٠,٧٦
مسنات	٦٠	٠,٧١
طلبة	٦٠	٠,٧٥
طالبات	٦٠	٠,٧٣

ر ١١ = معاملات ثبات التنصيف بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان - براون.

التحليل الإحصائي:

استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، واستخدم اختبار "ت"، وحسبت معاملات الارتباط، وحللت عاملياً بطريقة المكونات الأساسية "لهوتيلنج"، واتبع معيار "جتمان" لتحديد عدد العوامل: الجذر الكامن ≥ ١,٠، ثم تدوير المحاور تدويراً متعامداً بطريقة "الفاريماكس".

النتائج ومناقشتها:

أـ بالنسبة للتساؤل الأول نلاحظ ما يلي:

بالنظر في الجدول أرقام (٢،٣،٤،٥) يتبين ما يلي:

جدول رقم (٢)
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت"
للوسواس القهري لدى عينة المرضى (ن = ٦٥)

العينة / المقياس	ذكور		إناث		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الوسواس القهري	١٦,٦٧	٨,٥٨	١٦,٩	٥,١	٠,١٨	غير دال

جدول رقم (٣)
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت"
للوسواس القهري لدى عينة المسنين والمسنات (ن = ٦٠)

العينة / المقياس	ذكور		إناث		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الوسواس القهري	١٦,١٠	٥,٤١	١٦,٤٠	٦,٣١	٠,٢٨	غير دال

جدول رقم (٤)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت"

للوسواس القهري لدى عينة الطلبة والطالبات (ن = ٦٠)

العينة / المقياس	ذكور		إناث		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الوسواس القهري	١٧,٩٣	٤,٨٩	١٤,٤٥	٥,٤١	٣,٦٧	٠,٠٠١

جدول رقم (٥)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت"

للوسواس القهري لدى عينة الموظفين والموظفات (ن = ٦٠)

العينة / المقياس	ذكور		إناث		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الوسواس القهري	١٣,٧٣	٥,٧٤	١٤,٩	٦,١١	١,٠٧	غير دال

أولاً: بالنسبة لعينة المرضى: نجد أن متوسط عينة الإناث أعلى من متوسط عينة الذكور.

ثانياً: بالنسبة لعينة المسنين: نجد أن متوسط عينة الإناث أعلى من متوسط عينة الذكور.

ثالثاً: بالنسبة لعينة طلاب الجامعة: نجد أن متوسط عينة الذكور أعلى من متوسط عينة الأناث.

رابعاً: بالنسبة لعينة الموظفين: نجد أن متوسط عينة الإناث أعلى من متوسط عينة الذكور.

والنتيجة على النحو الذي جاءت به يمكن التعقيب عليها كما يلي:

تناولت دراسة (عبد الخالق، ١٩٩٨) عينات من طلاب الثانوي والجامعة والمدرسين والموظفين والأطباء والممرضات وسيدات البيوت،

وفي مجال المقارنة بين نتائج الدراسة الحالية ودراسة "عبد الخالق" نجد أن المقارنة تنحصر فقط بين عينات الموظفين وطلاب الجامعة.

فبالنسبة للموظفين اتفقت نتائج الدراستين في أن متوسط عينة الإناث الموظفات كان أعلى من متوسط عينة الذكور. وإذا جاز للباحث النظر إلى عينة المدرسات في دراسة "عبد الخالق،١٩٩٨" باعتبارهن موظفات في قطاع التعليم، نجد أن الأمر ينطبق عليهن أيضاً حيث إن متوسط الإناث أعلى من متوسط الذكور. ولا يختلف الأمر لدى الإناث طالبات الثانوي اللاتي كان متوسط درجاتهن أعلى من متوسط الذكور، بل كان متوسط درجاتهن الأعلى مقارنة بعينة المدرسات والموظفات.

أما بالنسبة لعينة طلاب الجامعة وطالباتها. فقد كانت النتائج على العكس من ذلك، فقد كان متوسط عينة الذكور في الدراسة الحالية أعلى من متوسط عينة الإناث، وكان هو الأعلى بين متوسطات العينات الأخرى، في حين كان متوسط عينة الإناث أعلى من متوسط عينة الذكور في دراسة "عبد الخالق،١٩٩٨".

وبالمقارنة بين هذه النتيجة ونتائج الدراسات الأخرى التي أجريت على طلاب الجامعة من الحضر والتي كان الوسواس القهري أحد مقاييسها، نجد أنها اختلفت مع دراسة (مدحت عبد اللطيف،١٩٨٩) و (عبد الخالق ومايسة النيال، ١٩٩٠) و(عادل شكري،١٩٩١) و (عبد الخالق ومايسة النيال، ١٩٩٢)، حيث كان متوسط درجات الإناث على الوسواس القهري في هذه الدراسات أعلى من متوسط الذكور.

وبحساب متوسط المتوسطات (المتوسط الوزني) لعينات الدراسة، نجد أن أعلى متوسط كان لعينة المرضى حيث بلغ (١٦,٧٩) تلاه متوسط عينة المسنين حيث بلغ (١٦,٢) ثم عينة الطلبة (١٦,١٩)، وأخيراً عينة

الموظفين فقد بلغ (١٤,٣٢). والنتيجة تعني أن المرضى الأكثر وسواساً، بينما الموظفين الأقل وسواساً.

وبمقارنة هذه النتيجة بما جاء في دراسة (عبد الخالق، ١٩٩٨)، نجد أن ترتيب المتوسطات كان على النحو التالي: طلاب الثانوي (١٦,٦٥)، ثم طلاب الجامعة، (١٥,٨٨) فالمدرسون، (١٣,٧٨) وأخيراً الموظفون (١٣,١٩).

وبتأمل النتائج نجد أن المتوسط الوزني في الدراسة الحالية يشير إلى أن طلاب الجامعة الريفيين (١٦,١٩) أعلى درجات في مقياس الوسواس القهري مما هو لدى طلاب الجامعة الحضر (١٥,١٨) في دراسة "عبد الخالق، ١٩٩٨، وبالمثل كانت متوسطات الموظفين في الدراسة الحالية أعلى منها في دراسة (عبد الخالق، ١٩٩٨).

وبالمقارنة بين المتوسط الوزني لعينات طلبة الجامعة في الدراسات الأخرى تتأكد نفس النتائج ، ففي دراسة (عبد الخالق ومايسة النيال، ١٩٩٠) كان المتوسط مساوياً لـ (١٥,٨٨)، وفي دراسة (عادل شكري، ١٩٩٠) كان المتوسط مساوياً لـ (١٥,١٥) وهما أقل من متوسطات الدراسة الحالية أيضاً.

ب- بالنسبة للتساؤل الثاني: يلاحظ ما يلي:

بالنظر في الجداول أرقام (٢ ، ٣ ، ٤ ، ٥) نتبين ما يلي:

١- لم تكن الفروق جوهرية إحصائياً بين ذكور وإناث عينات كل من المرضى والموظفين والمسنين.

٢- كانت الفروق جوهرية ودالة إحصائياً وذلك بالنسبة لعينة طلبة الجامعة وطالباتها، حيث كانت قيمة "ت" = (٣,٦٧)، وهى دالة عند مستوى (٠,٠٠١).

والنتيجة على النحو الذي جاءت عليه يمكن التعقيب عليها بما يلي:

كشفت دراسة (عبد الخالق، ١٩٩٨) السابق الإشارة إليها عن فروق جوهرية إحصائيًا في عينتين فقط هما: عينة طلاب الثانوي، حيث كانت قيمة "ت" دالة عند مستوى (٠,٠٠١) لصالح الإناث، وعينة المدرسين، حيث كانت قيمة "ت" دالة عند مستوى (٠,٠١) لصالح الإناث أيضًا. ولم يفسر في دراسته لماذا كانت الفروق جوهرية في بعض العينات، وغير جوهرية في العينات الأخرى؟ بل هناك عينات تناولتها الدراسة ولا مجال لحساب دلالاتها أو جوهريتها كعينات الأطباء "ذكور"، وعينة الممرضات، وعينة ربات البيوت، لعدم وجود عينات مقابلة لها.

وفي الدراسة الحالية كانت الفروق الجوهرية إحصائياً في عينة واحدة فقط هى عينة طلاب الجامعة وطالبتها - كما سبق الإشارة - إليها منذ قليل. وهي تختلف تماماً مع نتيجة دراسة (عبد الخالق، ١٩٩٨). كما تختلف مع نتيجة دراسة (عبد الخالق ومايسة النيال، ١٩٩٠) حيث لم تكن قيمة (ت) دالة بين الجنسين. وبالمثل في دراسة (دراسة عادل شكري، ١٩٩٠).

وكما تؤكد الدراسات السابقة على عدم جوهرية الفروق بين الجنسين في الوسواس القهري(Ivaro Andrés, 2006؛ Isobel, et al.,2000)، تؤكد أيضاً على أن معدلات الانتشار غير محدد نسبتها - برغم تعدد الدراسات - وأنه يؤثر على الرجال والنساء معاً. (الكلية الملكية للأطباء النفسيين، ٢٠٠٧ ؛ Mardi,1998). هذا وعلى الرغم من أن الدراسات تباينت فيما بينها من حيث إنه أكثر شيوعاً لدى الذكور كما في دراسة "حسين علي فايد، ١٩٩٧"، وكذلك دراسة "Harold, Benjamin and Jack,1994 "، أو الإناث ــ وهذا في أغلب الدراسات ــ كما في دراسة " Okasha, et al., 2001" ودراسة "Bruce, et al., 2001" ودراسة " Grabe,et al., 2004 " ودراسة "Ali, 2004" ودراسة "Toreres, et al., 2006"،

إلا أنها ترى أن الوسواس القهري غير قاصر وجوده على سن معينة، ولا على قارة دون قارة، أومكان دون مكان.

كما أن لـه بداية ظهور تختلف باختلاف نوع الجنس، فهو يظهر لدى الذكور قبل الإناث، وهو لدى الذكور يظهرعند (١٩)عاماً، بينما لدى الإناث يظهر عند (٢٢) عاماً (Harold : Benjamin and Jack 2004)، وإن كانت هناك دراسات قد حددت بداية ظهوره في سن (٢٥,٤ أو ٢٥,٩) سنة دون تحديد نوع الجنس (Nadia Kadri, et al., ؛Ali, S. 2004 2007)

وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن الدراسة الحالية تناولت بداية الأعمار التي أشارت اليها الدراسات السابقة مروراً بالأعمار الأكبر فالأكبر حتى سن (٧١) عاماً تقريباً، كما هو الحال لدى عينة المسنات حيث كان متوسط عمرهن (٧٠,٦٩) عاماً، وهو أقل من متوسط أعمار بعض الدراسات التي تناولت أعمار بلغت (٩٣،٨٥) عاماً.

(Bethany, 2006 ؛ Aartjan, et al., 1999)

التعليق على التساؤلين الأول والثاني:

أولاً: بالنسبة لنتائج الدراسة الحالية نلاحظ ما يلي:

١- متوسط عينات الإناث كان أعلى من متوسط عينة الذكور في عينات المرضى والمسنين والموظفين. بينما كان العكس في عينة الطلاب.

٢- ترتيب المتوسطات في عينة الذكور كان على النحو التالي: الطلبة ثم المرضى ثم المسنون وأخيراً الموظفون.

٣- ترتيب المتوسطات في عينة الإناث كان على النحو التالي: المريضات ثم المسنات ثم الموظفات، وأخيراً الطالبات.

٤- ترتيب المتوسطات لعينات البحث الثمانية جاء كما يلي: ذكور الطلبة ثم إناث المرضى ثم ذكور المرضى ثم المسنات ثم ذكور المسنين ثم الإناث الموظفات ثم الطالبات وأخيراً ذكور الموظفين.

٥- الفروق الجوهرية الدالة بين الجنسين كانت فقط في عينة الطلبة حيث كانت دالة عند مستوى (٠,٠٠١) لصالح الذكور. هذا مع الإشارة إلى أن متوسط الطالبات كان أقل متوسطات عينات الإناث، كما جاء في الترتيب الأخير بالنسبة للعينات الثمانية.

٦- ترتيب المتوسط الوزني لذكور وإناث كل عينة جاء كما يلي: المرضى (١٦,٧) ثم المسنون (١٦,٢٥) ثم الطلبة (١٦,١٩) وأخيراً الموظفون (١٤,٣٢).

والنتيجة في مجملها تبدو منطقية فالمرضى هم الأعلى متوسطاً بين عينات البحث إظهاراً للوسواس القهري وأعراضه، وأن الموظفين هم أقل عينات البحث إظهاراً للوسواس القهري وأعراضه.

والنتيجة بهذا الشكل تتعارض مع نتائج الدراسات المصرية الواردة بهذا البحث، وربما ذلك يرجع إلى عدة نقاط وتساؤلات أواستفسارات يطرحها الباحث فيما يلي:

١- جميع العينات التي تم استخدامها في الدراسات السابقة كانت على طلاب من جامعة الإسكندرية، أما طلاب الدراسة الحالية فقد كانوا من طلاب جامعة المنصورة وطالباتها.

٢- هل الفروق في الدلالة الجوهرية التي كانت لصالح طلاب جامعة المنصورة، وهى جامعة كما يسمونها إقليمية معظم طلابها وطالباتها من الريف، بل ومن مجموع المقبولين بها ينتمون في الغالب إلى محافظات ريفية مجاورة، راجعة إلى فروق بين الريف والحضر، الأمر الذي يشير

إلـي أن طبيعة طـلاب جامعـة المنصـورة تختلف عن طبيعة طـلاب جامعـة الأسكندرية.

٣- هل الفروق بين نتائج الدراسة الحالية ونتائج الدراسات السابقة – فيما يتعلق بالطلاب – ترجع إلى الفارق الزمني الذي تجاوز عقد ونصف من الزمان تقريباً، الأمر الذي يمكن القول معه أن طالب الجامعة حالياً اختلف عن طالب الجامعة قبل أكثر من عقد ونصف، مع التسليم بعدم وجود فروق في الخصائص والتراكيب النفسية والديموجرافية وغيرها بين طالب الريف والحضر أو ما يسمى بالمدن؟.

٤- وإذا كان الأمر كذلك، فهل يسري ذلك على عينة الموظفين التي كشفت عنها نتائج الدراستين – السابقة والحالية – التي أشارت إلى أنه لا توجد فروق جوهرية إحصائياً بين الموظفين والموظفات، بل ومتوسط درجاتهم كان الأقل بين متوسط درجات المجموعات القابلة للمقارنة. وأن تفسير ذلك الفرق ربما يفسر في ضوء الاستقرار الذي يتمتع به الموظفون في وقت زادت فيه حدة البطالة وقلت فرص العمل. وأن الاستقرار المادي وما يرتبط به من متغيرات إيجابية ينعكس تأثيرها على الأفراد سواء أكانوا بالمدن أم بالريف؟.

٥- هل الفروق في الدلالة تدفعنا إلى التساؤل هل نحن نحتاج إلى دراسة عينات أكبر تمثل محافظات أكثر (ريف وحضر) بحيث تمثل العينة المجتمع المصري بشقيه الريفي والحضري.

٦- هل قصر عينات الدراسة على الطلاب والطالبات فقط يجعلنا نقول - وفقاً لنتائج الدراسات السابق الإشارة إليها – أن الوسواس القهري ينتشر بين الجنسين على نحو متساوٍ، كما أكدت علي ذلك الدراسات؟.

٧-وهل القول السابق يجعلنا نهمل قطاعات أخرى من أي مجتمع ومن مراحل عمرية متباينة، ربما لو شملتها الدراسات لكن هناك قول أخر يشير إلى احتمالية انتشار الوسواس القهري لذى الذكور بشكل أعلى مما لدى الإناث والعكس صحيح. وربما يأتي أو يرتبط بذلك شيوع الوسواس القهري في مراحل عمرية قد تكون متقدمة أو متأخرة.

وهنا يبرز سؤال: وماذا عن شيوع الوسواس القهري وراثياً وعبر قطاعات عديدة من المجتمع وقطاعات عمرية متباينة أكثر؟ كلها أسئلة نأمل أن يُكشف عن إجابات لها في دراسات تالية.

جـ- بالنسبة للتساؤل الثالث: يلاحظ ما يلي:

جدول رقم (٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأعمار الزمنية لعينات المتباينة

عينات البحث	ن	م	ع	ت	الدلالة
المرضى	٦٥	٣٨,٩٣	١٠,١٣	٠,٩٠	غير دال
المريضات	٦٥	٤٠,٥٧	١٠,٥٨		
الموظفون	٦٠	٣٨,٦٢	٦,٩٩	١,٠٤	غير دال
الموظفات	٦٠	٤٠,٠٣	٧,٧١		
المسنون	٦٠	٦٩,٨٧	٦,٥٢	٠,٥٣	غير دال
المسنات	٦٠	٧٠,٦٣	٨,٩		
الطلبة	٦٠	٢١,٦٥	١,١٩	٠,٦٦	غير دال
الطالبات	٦٠	٢١,٤٠	٢,٦٦		

بالنظر إلى الجدول رقم (٦) يتبين الآتي:

جميع الفروق غير جوهرية احصائيًا بين المجموعات العمرية المتباينة. وقد يرجع ذلك إلى أن الفرق في متوسطات أعمار المجموعات ليس كبيرًا إلى الدرجة التي يمكن أن يكشف فيها عن فروق جوهرية (يتراوح المدى العمري ما بين عام إلى خمسة أعوام). هذا مع الإشارة إلى أن المدى العمري للعينات قد تراوح بين (١٩ ـ ٧٢) عاماً. والنتيجة في مضمونها تشير إلى عدم تأثير العمر على التساؤلين الأول والثاني السابقين

د- وفيما يتعلق بالتساؤل الرابع نلاحظ ما يلي:

أولاً: عينة المرضى والأسوياء:

جدول رقم (٧)
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت" للوسواس القهري لدى عينة المرضى والأسوياء

العينة / المقياس	ذكور مرضى (ن = ٦٥)		ذكور أسوياء (ن = ٦٠)		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الوسواس القهري	١٦,٦٧	٨,٥٨	١٣,٧٣	٥,٧٤	٢,٢١	٠,٠٥

جدول رقم (٨)
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت" للوسواس القهري لدى عينة المريضات والسويات

العينة / المقياس	مريضات (ن =٦٥)		سويات (ن = ٦٠)		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الوسواس القهري	١٦,٩	٥,١	١٤,٩	٦,١١	١,٩٨	٠,٠٥

جدول رقم (٩)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت" للوسواس القهري لدى العينة الكلية "المرضى والأسوياء"

العينة / المقياس	عينة كلية "مرضى" (ن = ١٣٠)		عينة كلية "أسوياء" (ن = ١٢٠)		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الوسواس القهري	١٦,٧٩	٧,٠٦	١٤,٣٢	٤,١٢	٣,٣٣	٠,٠٠١

جدول رقم (١٠)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" للأعمار لدى الفئات المتباينة من عينات البحث

فئات عينات البحث	ن	م	ع	ت	الدلالة
المرضى "ذكور"	٦٥	٣٨,٩٣	١٠,١٣	٠,٢٠	غير دال
الأسوياء "ذكور"	٦٠	٣٨,٦٢	٦,٩٩		
المريضات	٦٥	٤٠,٥٧	١٠,٥٨	٠,٣٣	غير دال
السويات	٦٠	٤٠,٠٣	٧,٧١		
العينة الكلية "مرضى"	١٣٠	٣٩,٧٥	١٠,٣٩	٠,٣٦	غير دال
العينة الكلية "أسوياء"	١٢٠	٣٩,٣٣	٧,٣٩		
العاملون	٦٠	٣٨,٦٢	٦,٩٩	٢٥,١١	٠,٠٠١
القاعدون	٦٠	٦٩,٨٧	٦,٥٢		
العاملات	٦٠	٤٠,٠٣	٧,٧١	١٩,٩٦	٠,٠٠١
القاعدات	٦٠	٧٠,٦٣	٨,٩		
العينة الكلية "عاملون"	١٢٠	٣٩,٣٣	٧,٣٩	٣١,٣٧	٠,٠٠١
العينة الكلية "قاعدون"	١٢٠	٧٠,٢٥	٧,٨١		
المسنون	٦٠	٦٩,٨٧	٦,٥٢	٥٥,٨٨	٠,٠٠١
المراهقون	٦٠	٢١,٦٥	١,١٩		
المسنات	٦٠	٧٠,٦٣	٨,٩	٤٠,٧	٠,٠٠١
المراهقات	٦٠	٢١,٤٠	٢,٦٦		
العينة الكلية "مسنون"	١٢٠	٧٠,٢٥	٧,٨١	٤٨,٧٢	٠,٠٠١
العينة الكلية "مراهقون"	١٢٠	٢١,٥٣	٢,٠١		

بالنظر في الجداول أرقام (٧ ، ٨ ، ٩، ١٠) نتبين ما يلي:

١- متوسط عينة ذكور المرضى (جدول٧) أعلى من متوسط عينة ذكور الأسوياء، وكانت قيمة "ت" = (٢,٢١) وهى دالة عند مستوى (٠,٠٥).

٢- متوسط عينة إناث المرضى (جدول٨) أعلى من متوسط عينة إناث الأسوياء، وكانت قيمة "ت" = (١,٩٨) وهى دالة عند مستوى (٠,٠٥).

٣- متوسط العينة الكلية للمرضى (جدول ٩) أكبر من متوسط العينة الكلية للأسوياء، وكانت قيمة "ت" = (٣,٣٣)، وهى دالة عند مستوى (٠,٠٠١).

والنتيجة بشكل عام تعني أن المرضى أكثر إظهارًا للوسواس القهري وأعراضه.

وجدير بالذكر الإشارة إلى أن الفروق في متوسطات الأعمار(جدول رقم ١٠) لم تكن جوهرية إحصائياً بين فئات العينات الثلاث.

ثانياً: عينة العاملين والقاعدين عن العمل:

جدول رقم (١١)
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت"
للوسواس القهري لدى عينة العاملين والقاعدين عن العمل

العينة / المقياس	ذكور عاملون(ن=٦٠)		ذكور قاعدون(ن=٦٠)		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الوسواس القهري	١٣,٧٣	٥,٧٤	١٦,١٠	٥,٤١	٢,٣١	٠,٠٥

جدول رقم (١٢)
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت"
للوسواس القهري لدى عينة العاملات والقاعدات عن العمل

العينة / المقياس	عاملات (ن = ٦٠)		قاعدات (ن = ٦٠)		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الوسواس القهري	١٤,٩	٦,١١	١٦,٤٠	٦,٣١	١,٣١	غير دال

جدول رقم (١٣)
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت"
للوسواس القهري لدى العينة الكلية "العاملين والقاعدين"

العينة / المقياس	عينة كلية "عاملون" (ن = ١٢٠)		عينة كلية "قاعدون" (ن = ١٢٠)		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الوسواس القهري	١٤,٣٢	٥,٩٦	١٦,٢٥	٥,٨٨	٢,٥٢	٠,٠٥

بالنظر في الجداول أرقام (١١ ،١٢ ، ١٣) نلاحظ ما يلي:

١- متوسط الذكور القاعدون (جدول رقم ١١) أعلى من متوسط عينة الذكور العاملون، وكانت قيمة "ت" = (٢,٣١) وهى دالة عند مستوى (٠,٠٥).

٢- متوسط عينة الإناث القاعدات (جدول رقم ١٢) أعلى من متوسط عينة الإناث العاملات، ولم تكن قيمة "ت" دالة .

٣- متوسط العينة الكلية للقاعدين (جدول رقم ١٣) أعلى من متوسط العينة الكلية للعاملين. وكانت قيمة "ت" = (٢,٥٢) وهى دالة عند مستوى (٠,٠٥).

٤- الفرق في متوسط العمر (جدول رقم ١٠) بين العينتين كان (٣١,٣٧) عاماً، وكانت قيمة (ت) دالة عند مستوى (٠,٠٠١).

ثالثاً: عينة المسنين والمراهقين:

جدول رقم (١٤)
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت"
للوسواس القهري لدى عينة المسنين والمراهقين

العينة / المقياس	ذكور مسنون (ن=٦٠)		ذكور مراهقون (ن =٦٠)		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الوسواس القهري	١٦,١٠	٥,٤١	١٧,٩٣	٤,٨٩	١,٩٣	غير دال

جدول رقم (١٥)
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت"
للوسواس القهري لدى عينة المسنات والمراهقات

العينة / المقياس	مسنات (ن = ٦٠)		مراهقات(ن = ٦٠)		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الوسواس القهري	١٦,٤٠	٦,٣١	١٤,٤٥	٥,٤١	١,٨٠	غير دال

جدول رقم (١٦)
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت"
للوسواس القهري لدى العينة الكلية "المسنين والمراهقين"

العينة / المقياس	عينة كلية "مسنين" (ن = ١٢٠)		عينة كلية "مراهقين" (ن = ١٢٠)		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الوسواس القهري	١٦,٢٥	٥,٨٨	١٦,١٩	٥,٤٤	٠,٠٦	غير دال

بالنظر في الجداول أرقام (١٤، ١٦، ١٥) نلاحظ ما يلي:

١- متوسط الذكور المراهقين أعلى من متوسط المسنين- وهو أعلى متوسطات العينات الثمانية - وكانت قيمة "ت" = (١,٣١) وهى غير دالة.

٢- متوسط المسنات أعلى من متوسط المراهقات وكانت قيمة " ت" = (١,٨٠) وهى غيردالة.

٣- متوسط العينة الكلية "مسنين"أعلى من متوسط العينة الكلية"مراهقين"، وقيمة "ت" = (٠,٠٦) وهى غير دالة.

٤- الفرق في متوسط العمر (جدول رقم ١٠) بين العينتين كان (٤٨,٧٢) عاماً، وكانت قيمة (ت) دالة عند مستوى (٠,٠٠١).

التعقيب على التساؤلين الثالث والرابع:

يود الباحث قبل عرض نتائج باقي تساؤلات البحث المتبقية، القول بأن ما أسفرت عنه نتائج التساؤلات السابقة قد جاءت منطقية إلى حد بعيد ومتسقة مع الواقع.

أولاً: عينة المرضى:

المرضى هم أكثر عينات البحث إظهارًا للوسواس القهري وأعراضه، والذكور منهم يأتون في الترتيب الثالث الأكثر إظهارًا للوسواس القهري من بين عينات البحث الثمانية. ومتوسطهم أعلى من متوسط الذكور الأسوياء، والفرق دال بينهما عند مستوى (٠,٠٥).

أما الإناث فيأتين في الترتيب الثاني بعد عينة الطلبة الذكور الأكثر إظهارًا للوسواس القهري من بين عينات البحث الثمانية، ومتوسطهن أعلى من متوسط الإناث السويات، والفرق دال بينهما عند مستوى (٠,٠٥).

وفي مجال المقارنة الداخلية بينهم وبين الأسوياء في الوسواس القهري– حسب حدود علم الباحث ليست هناك دراسة محلية أو عربية أو أجنبية درست الوسواس القهري لدى عينات من مرضى الفشل الكلوي والأسوياء – قارن الباحث بينهم وبين عينة الموظفين كعينة سوية، فهم الأقرب لهم سنًا مقارنة بكبار السن والمراهقين، كما أن الفروق بينهم في العمر لم تكن دالة، وقد كانت الفروق جوهرية احصائيًا لصالحهم حيث كانت قيمة (ت = ٣,٣٣) وهي دالة عند مستوى (٠,٠٠١).

وهذا أمر طبيعي فهم ليسوا كعامة البشر من الأصحاء، خصوصاً إذا علمنا أن العينة من مرضى الفشل الكلوي ممن يعالجون بمركز الكلى بالمنصورة. فهم في معاناة يومية ما بين الغسيل المتكرر للكلى ثلاث مرات أسبوعيًا، ولمدة لا تقل عن ثلاث ساعات في كل مرة.

بالإضافة إلى المعاناة من المرض نفسه وما يصاحبه من متاعب جسدية ونفسية ينعكس تأثيرها ولا شك لا على المريض نفسه فحسب ، بل أيضًا على كل المحيطين به. مرضهم مرض مزمن حاد مؤلم يطول علاجه وتطول معه الآلام والأزمات النفسية والمادية التي يتطلبها العلاج أو العمليات الجراحية – كزرع الكلى أو غيرها – التي قد يحكم على المريض بها لإنقاذ حياته، وكي يرتاح من الألالم ومعاناة الغسيل اليومي. الوساوس تنتابهم (Jackson,1995) بين الشفاء والمرض، والأمل دوماً يحدوهم ما بين الرجاء واليأس.

وأنشطتهم اليومية لا مرح فيها ولا لهو، ولكنها أنشطة الخروج من أزمة صحية للدخول في أزمة أخرى. باختصار هم لا يعيشون حياتهم الطبيعية كبقية البشر، وحياتهم مليئة بالمعوقات الحياتية والنفسية والاجتماعية ، الأمر الذي يجعلهم أكثر عرضة لأعراض اضطراب الوسواس القهري.

(Okasha, 1994 ؛ Grabe, 2004)

ثانياً: عينة المسنين:

يأتـي المسـنون بعـد المرضـى مـن حيـث اظهـار الوسـواس القهـري وأعراضه، الذكور منهم يأتون في الترتيب الخامس من حيث اظهار الوسواس القهري من بين العينات الثمانية، ومتوسطهم (كقاعدين عن العمل) أعلى من متوسط العاملين (الموظفين)، والفرق دال عند مستوى (٠,٠٥)، غير أن متوسطهم كان أقل من متوسط المراهقين (الطلبة)، ولم تكن الفروق دالة بينهما – وهى نتيجة ستناقش فيما بعد – عند تفسير نتائج الطلبة.

أما الإناث فيأتين في الترتيب الرابع من حيث إظهار الوسواس القهري من بين العينات الثمانية، ومتوسطهن (كقاعدات عن العمل) أعلى من متوسط العاملات (الموظفات)، ولم تكن الفروق دالة بينهما، ومتوسطهن أقل من متوسط المراهقات (الطالبات)، ولم تكن الفروق دالة بينهما.

وفي مجال المقارنة الداخلية بين المسنين وغيرهم من عينات البحث، فقد قارن الباحث بينهم وبين عينتيَ العاملين (الموظفين والموظفات) والمراهقين (الطلبة والطالبات) على أساس:

١- على المستوى المحلي أو العربي لم يجد الباحث – حسب حدود علمه – دراسات تناولت تلك العينات.

٢- بعض ما جاء في الدراسة الحالية أشير فيه في جزئية علاقة الوسواس القهري بالمتغيرات النفسية، ومعدلات انتشار الوسواس القهري إلى أن الوسواس ينتشر بين الكبار والصغار، وفي مدى عمري كبير.

ففي مجال المقارنة بينهم (القاعدون) وبين الموظفين (العاملين) كانت الفروق في العمر دالة حيث كانت قيمة (ت) دالة عند مستوى (٠,٠٠١)، كما كانت الفروق بينهم في الوسواس القهري جوهرية إحصائياً

لصالحهم حيث كانت قيمة (ت = ٢,٥٢) وهى دالة عند مستوى (٠,٠٥). والنتيجة كما جاءت تشير إلى أن التقدم الكبير في العمر له تأثير على ظهور أعراض الوسواس القهري.

كما تعلي النتيجة من أهمية وقيمة العمل في انخفاض أعراض الوسواس القهري. وهذا سوف تتم مناقشته عند عرض نتائج الموظفين.

وفي مجال المقارنة بين المسنين والطلبة، كشفت النتائج عن عدم وجود فروق جوهرية إحصائيًا بين المسنين والمراهقين في درجاتهم على مقياس الوسواس القهري، علمًا بأن المدى العمري بين العينتين قد تراوح بين (١٩ – ٧٢)، وأن الفرق في متوسط العمر قد بلغ (٤٨,٧٢) وهو فرق كبير لا يستهان به عند تفسير تلك النتيجة، وكانت قيمة (ت) دالة عند مستوى (٠,٠٠١).

هذا ومن الدراسات ما أشار إلى أن الوسواس القهري يتناقص بعد سن (٦٥) سنة (Bruce, 2001)، ومنها ما أكد على أنه ينتشر في مدى عمري كبير من (١٨ – ٩٣)، وأن المعتقدات الوسواسية لا تختلف لدى كبار السن عنها لدى صغار السن، ولكنها لدى كبار السن تتأثر بسبب كبر سنهم والإنحدار الجزئي في معارفهم الذاتية مقارنة بصغار السن Bethany, 2005). بل إنه يمتد في مدى عمري قبل هذا، فهو يمتد في المدى العمري من (٧-٦٣) عام (Ali, S. 2004)، وهذا يعني أنه غير قاصر على سن معينة (Grabe, et al., 2004)، بمعنى أنه منتشر بين الأطفال والمراهقين والبالغين وكبار السن. وإضافة لما سبق فإن اضطرابات القلق أكثر انتشارًا في المدى العمري من (٥٥-٨٥) عام، ومنها اضطراب الوسواس القهري.

والنتيجة في حد ذاتها – من وجهة نظر الباحث – تحتاج إلى بحث أكثر، ومناقشة أكثر، فعلى الرغم من عدم جوهرية النتائج بين الذكور والإناث،

وكذلك العينة الكلية، فإنه من المقبول – منطقيًا – انتشار الوسواس وأعراضه بشكل دال لصالح المسنين.

والنتيجة بشكل عام منطقية جدًا – من وجهة نظر الباحث – وإن كان الباحث يتوقع أن يكون ترتيبهم الأول من حيث إظهار الوسواس القهري، ولكن يبدو أن شدة مرض الفشل الكلوي وقسوته جعلت المصابين به في هذا الترتيب المتقدم.

فالكثير من المسنين – بداية – يندرجون تحت فئة من لاعمل لهم، ومن لا عمل له يعاني الأمرين، تارة من فقدان الكثير من مصادر الدخل التي كانت تؤمن لهم الأمن النفسي وتجعلهم محط محبة الآخرين والرغبة في القرب منهم، وتارة لأن المتاح لهم من معاش أو غيره لا يكفي أعباء حياتهم المعيشية، ولا ما تتطلبه صحتهم من مصاريف علاجية بفعل الزمن.

وهم مع التقدم في العمر يمرضون بأمراض عدة، بعضها حاد. وبعضها مزمن، أمراضهم تؤرق مضاجعهم وتذهب بالكثير من استقرارهم النفسي. وهم – من وجهة نظر الباحث – يجمعون بين خواص المرض والشيخوخة والقاعدين عن العمل، وما أسوأها من سمات تجتمع في فئة واحدة.

ومع التقدم في العمر تنحصر عنهم الكثير من علاقاتهم الاجتماعية التي كانوا يمارسونها (Harold, Benjamin and Jack, 2004) قبل الكبر والشيخوخة.

وهم مقارنة بباقي عينات البحث يعيشون الوحدة أكثر، إما بسبب ضعف العلاقات الاجتماعية، وإما بسبب كبر السن وعدم القدرة على الحركة، أو بسبب موت الزوج أو الزوجة، أو فراق الأبناء بالزواج أو السفر ... وغير ذلك كثير.

ثالثا: عينة الطلبة

جاءت عينة الطلبة بعد عينتي المرضى والمسنين، وهى نتيجة تتفق مع الواقع والشواهد الحياتية، ومع ما تم دراسته في هذا البحث من عينات ذات خصائص تختلف تماماً عنهم.

فهم – في العادة – ليسوا بمرضى ولا كبار سن، ولا يجمعون في خواصهم صفاتهم، حياتهم وردية أكثر، وهم أكثر صحة من غيرهم، مستقبلهم لم يتحدد بعد، لا يحملون للغد أية مسؤولية، والأجمل أن البعض منهم يُنفقُ عليه بشكل أفضل مما هو الحال لدى عينات البحث الأخرى.

وما يفرقهم عن الموظفين أنهم عالة على غيرهم – أولياء الأمور كالأباء والأمهات ومن هم في مصافهم – لا يملكون خاصية التحرر المادي ولا يمكنهم الاستقلال بحياتهم، ولا يستطيعون العيش بمفردهم- هم قصر بالفعل - لكنهم مع ذلك وكما تؤكد الكثير من شواهد الحياة ينظرون بشكل عام إلى الحياة بشكل تطلعي، يأملون من المستقبل الكثير، وهوغامض بالنسبة لهم لكنهم يحاولون فك شفراته.

وبرغم ما ذكر من قبل في مجال المقارنة بينهم وبين المسنين من أن الفروق بين العينتين لم تكن جوهرية إحصائيًا في الوسواس القهري، وعلى الرغم من ارتفاع متوسط المدى العمري بين العينتين والذي وصل إلى (٤٨,٧٢) عامًا، وكان دالاً عند مستوى (٠,٠٠١)، إلا أن الذكور منهم كانوا أول العينات الثمانية إظهارا للوساوس، وهى نتيجة كما سبق الإشارة غريبة، برغم أنهم ليسوا بمرضى بما تحتويه الكلمة من معنى، وليسوا بشيوخ كما هو الحال لدى عينات البحث الأخرى، ولا موارد مالية ثابتة لديهم، مقارنة بالموظفين، كما أن الفروق بينهم وبين كبار السن ليست جوهرية إحصائياً.

وربمـا كـان وراء ذلك أنـهم أقل استقرارًا، وأكثر تقلبًا مزاجيًا، يتسمون بالحيرة والتردد ويرغبون في الحياة أكثر من باقي المجوعات الأخرى. ربما مـا سبق، وربمـا الطبيعة الريفية والحياة الريفية التي يعيشونها، والضغوط التي تقع على الفتى الريفي منذ نعومة أظفاره كالعمل في سن مبكرة في الحقل ومساعدة الأسرة، وفقدان مرح الطفولة ولهوها، والحرمان من اللعب، وعيش طفولته كما يجب أن تكون مقارنة بذويه خصوصاً الذي يعيش في المدن، وربما وراء ذلك أشياء أخرى يؤمل الكشف عنها في دراسات أخرى تالية، كما أشارت إلى ذلك الدراسة الكولومبية التي بينت أن عمل الطلبة المراهقين خلال فترة الدراسة يعد من مخاطر التعرض لاضطرابات الوسواس القهري (Ivaro Andrés, 2006).

والإناث منهم في ترتيب الوسواس القهري أقل العينات الثمانية اظهارًا للوسواس القهري حيث كان ترتيبهم قبل الأخير– قبل متوسط ذكور الموظفين – كما أنهم في مجال المقارنة بينهم وبين المسنات كان متوسطهم أقل منهن ، والفرق بينهما لم يكن دالًا. ومتوسطهم أقل من متوسط أقرانهم من طلاب الجامعة، وهذا يعني أنهم أكثر عينات البحث استقرارًا، وأقلهم اضطرابًا وسواسيًا، وأكثرهم اتجاهًا نحو السواء النفسي.

رابعاً: عينة الموظفين

جاء متوسط الموظفين الأقل بين جميع عينات البحث، وفي مجال المقارنة الداخلية بينهم وبين كل من المرضى والقاعدين عن العمل (المسنين) كانت النتائج – حسب حدود علم الباحث ليست هناك دراسة محلية أو عربية أو أجنبية تناولت بحث الوسواس القهري لدى تلك العينات – كما يلي:

أولاً: كانت الفروق جوهرية إحصائيًا بينهم وبين عينة المرضى، حيث كانت قيمة (ت = ٣,٣٣) وهى دالة عند مستوى (٠,٠٠١).

ثانيًا: كانت الفروق جوهرية إحصائياً بينهم وبين عينة القاعدين عن العمل (المسنين)، حيث كانت قيمة (ت = ٢,٥٢) وهى دالة عند مستوى (٠,٠٥).

والذكور منهم أقل عينات البحث اظهارًا للوسواس القهري في مجال مقارنتهم بذكورعينات البحث، وترتيب متوسطهم الأخير (الأقل) بين عينات البحث الثمانية، ومتوسطهم أقل من متوسط ذكور عينة المرضى – كما سبق وأشير – حيث الفرق جوهري إحصائيًا عند مستوى (٠,٠٥) لصالح المرضى. وهم الأقل أيضًا في مجال المقارنة بينهم وبين الذكور القاعدين عن العمل حيث الفرق جوهري إحصائيًا عند مستوى(٠,٠٥) لصالح القاعدين عن العمل.

والحال لدى الإناث لا يختلف كثيرًا عن الذكور، فهن أقل عينات البحث اظهارًا للوسواس القهري في مجال مقارنتهم بإناث عينات البحث، وترتيب متوسطهن السادس بين عينات البحث الثمانية، ومتوسطهن أقل من متوسط إناث عينة المرضى، حيث الفرق جوهري إحصائيًا عند مستوى (٠,٠٥) لصالح المرضى، وهن الأقل أيضًا في مجال المقارنة بينهن وبين الإناث القاعدات عن العمل، غير أن الفرق بينهن ليس دالًا، وهى نفس النتيجة التي كشفت عنها نتائج البحث الحالي بين الطالبات والمسنات.

وما سبق يجعل الباحث يقول – إذا جاز له – ولما لا فهم الأكثر استقرارًا ماديًا وصحيًا، وهم الأكثر أمنًا أيضًا مقارنة بعينات البحث الأخرى. وهى أمور أو نقاط لا يمكن اغفالها. أضف إلى ذلك العمل ثم العمل فهو في حد ذاته – من وجهة نظر الباحث – قيمة ترفع بشكل عام من معنويات من يعمل، وتحسن كثيراً من البنية النفسية له، وتجعله أكثر سعادة واستقرارًا مقارنة بمن لا يعملون.

وهم أبعد ما يكونون عن كبر السن أو الشيخوخة – الفرق بين متوسط عمرهم ومتوسط عمر عينة المسنين من عينة البحث (٣١,٣٧) عامًا – وما يصاحبها من تأثير سلبي على من يمرون بتلك المرحلة العمرية، وهم أبعد أيضاً عن الانفعالات المصاحبة لفترة المراهقة وتقلباتها وعدم الثبات الانفعالي الذي يصاحبها.

كما أن الاستقرار في العمل يرتبط به عوامل أخرى تتمثل في تحسن الصحة العضوية والأمور الحياتية، وارتفاع معدل العلاقات الاجتماعية، والاطمئنان للكثير من الأمور الحياتية التي لا تتوفر بطبيعة الحال لدى المرضى أو المسنين أو القاعدين أو المراهقين.

والشواهد الحياتية لا تبعدنا كثيراً عن هذا، فالموظف والعامل في أي مكان عندما يفقد عمله سواء بالمعاش أو غيره تتبدل الكثير من أحواله، ويصير عصبياً انفعاليًا ومكتئبًا... وغير ذلك كثير. وربما يصير مثله مثل المريض أو غيره، إذا طالت به أزمة فقد العمل، أو لم يستطع التغلب على ظروفه وإيجاد حلول بديلة.

والدراسات تؤكد على ذلك حيث تزداد معدلات الوسواس القهري في حالة وجود معوقات أو تعطل في العمل (Jackson.1995 ؛ Ali,S. 2004؛ Torres, 2006)

ونختتم القول هنا بالمثل الذي يقول "تذكر نفسك بلا وظيفة، عندئذ ستعرف قيمة وظيفتك".

والتساؤل الذي تبقى الإجابة عليه هو: لماذا ارتفعت متوسطات إناث عينات البحث باستثناء عينة طالبات الجامعة؟ وبمعنى أخر لماذا هن أكثر وسواسًا؟ سؤال ستأتي الإجابة عليه.

وللباحث سؤال أخر هل النتائج التي كشفت عنها التساؤلات السابقة والتي استخرجت من عينات ريفية تصلح لأن تعمم على الشعب المصري، أم يحتاج الأمر إلى دراسة عينات مماثلة من الحضر؟

د ـ بالنسبة التساؤل الخامس:

وللإجابة علي التساؤل الخامس نوضح بداية ما يلي :

لم يجد الباحث – حسب حدود علمه ـ دراسات عربية تناولت عينات من المرضى والمسنين والموظفين حتى تتم المقارنة بينهم وبين عينات الدراسة الحالية. وكلِ ما تم هو دراسة الفروق بين العينات العربية وبعضها البعض لدى عينات من الطلبة والطالبات فقط .

لذا فمن وجهة نظر الفروق الحضارية فإن العينات التي يمكن المقارنة بينها وبين عينة الدراسة الحالية – المصرية ـ هى عينة طلبة الجامعة فقط (الذكور والإناث) وهى التي تنتمي إلى الدول الأتية: (لبنان – قطر – البحرين – السعودية – سوريا).

لذا بالنظر إلى جدول رقم (١٧) فيما يتعلق بالإجابة على التساؤل الخامس المرتبط بما سبق نلاحظ مايلي:

جدول رقم (١٧)
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة "ت"
لدي عينات عربية علي المقياس العربي للوسواس القهري

العينات	العمر			الوسواس القهري		ت
	ن	م	ع	م	ع	
مصريون طلبة جامعة "ريف"	٦٠	٢١,٦٥	١,١٩	١٧,٩٣	٤,٨٩	٣,٦٧ } (٠,٠٠١)
مصريات طالبات جامعة "ريف"	٦٠	٢١,٤٠	٢,٦٦	١٤,٤٥	٥,٤١	

العينات	العمر			الوسواس القهري		ت
	ن	م	ع	م	ع	
لبنانيون طلبة جامعة	١١٥	٢١,٥٠	٣,٦٨	١٤,٨٤	٤,٩٩	١,٢٥ غير دال
لبانيات طالبات جامعة	١١٣	٢٠,٥٢	٣,٨٤	١٤,١١	٣,٧٢	
قطريون طلبة جامعة	١١٧	٢٠,٧٩	١,٠٧	١٤,٩٨	٤,١٨	٠,٣٢ غير دال
قطريات طالبات جامعة	١١٥	٢٠,٣٠	١,١٤	١٥,١٦	٤,٢٤	
بحرانيون طلبة جامعة	٦٨	٢١,٣٧	٣,١٥	١٣,٣٥	٥,١٣	٣,٠٢ (٠,٠٠١)
بحرانيات طالبات جامعة	١٢٣	٢٠,٤٥	٣,٠٦	١٥,٧٣	٥,٤٠	
سعوديون طلبة جامعة	٣٣٢	٢٢,٦٥	٢,١٠	١٣,٤٧	٥,٣٣	٠,٨٦ غير دال
سعوديات طالبات جامعة	٣٠١	٢٢,٥٣	١,٩٩	١٤,١٣	٥,١٧	
سوريون طلبة جامعة	٤٦٧	٢٢,٤	٢,٦	١٥,٣	٥,١	٤,٢٣ (٠,٠٠١)
سوريات طالبات جامعة	٤٦٧	٢١,٨	٢,٦	١٦,٧	٥,٠	

أ- المتوسط الوزني لعينات الدول العربية جاء كما يلي: مصر (١٦,١٩) سوريا (١٦) قطر (١٥,٠٧) البحرين (١٤,٨٨) لبنان (١٤,٤٨) السعودية (١٣,٧٨).

ب- متوسط ترتيب ذكورالدول العربية الست جاء كما يلي: مصر(١٧,٩٣) سوريا (١٥,٣)، قطر(١٤,٩٨) لبنان (١٤,٨٤) السعودية (١٣,٤٧) البحرين (١٣,٣٥).

جـ- متوسط ترتيب إناث الدول العربية الست جاء كما يلي: سوريا (١٦,٧) البحرين (١٥,٧٣) قطر (١٥,١٦) مصر (١٤,٤٥) السعودية (١٤,١٣) لبنان (١٤,١١).

د- المتوسط الوزني لعينة ذكور الدول العربية الست هو: (١٤,٧٢).

هـ- المتوسط الوزني لعينة إناث الدول العربية الست هو: (١٥,٤٣).

و- الإناث في جميع الدول العربية الستة ارتفعت متوسطاتهن مقارنة بالذكور، باستثناء مصر فقد ارتفع متوسط الذكور مقارنة بالإناث.

ز- توجد فروق جوهرية احصائيًا في ثلاث دول فقط هى:

١- مصر حيث المتوسط الصالح الذكور، وقيمة (ت) دالة عند مستوي (٠,٠٠١).

٢- البحرين حيث المتوسط لصالح الإناث،وقيمة (ت) دالة عند مستوي (٠,٠٠١).

٣- سوريا حيث المتوسط لصالح الإناث أيضًا، وقيمة (ت) دالة عند مستوي (٠,٠٠١)

جدول رقم (١٨)
يوضح قيم " ت " لطلبة الجامعة من
الدراسة الحالية وخمس دول عربية

العينات	درجات الحرية	ت	الدلالة
مصريون / لبنانيون	١٧٣	٣,٨٨	٠,٠٠١
مصريون / قطرانيون	١٧٥	٤,١٧	٠,٠٠١
مصريون / بحرانيون	١٢٦	٥,٧٨	٠,٠٠١
مصريون / سعوديون	٣٩٥	٨,٢٤	٠,٠٠١
مصريون / سوريون	٥٢٥	٣,٨٠	٠,٠٠١
مصريات / لبنانيات	١٧١	٠,٤٨	غير دال
مصريات / قطريات	١٧٣	٠,٩٤	غير دال
مصريات / بحرانيات	١٨١	١,٤٩	غير دال
مصريات / سعوديات	٣٩٠	٠,٤٤	غير دال
مصريات / سوريات	٥٢٥	٣,٦٣	٠,٠٠١

من الجدول رقم (١٨) يتضح الأتي:

١- الفروق بين عينة الذكور المصرية وعينات ذكور الدول العربية كانت جوهرية إحصائيًا في الوسواس القهري، حيث (ت) دالة عند مستوى (٠,٠٠١) لصالح عينة الذكور المصرية.

٢- الفروق غير جوهرية إحصائيًا على مقياس الوسواس القهري، وذلك بين عينة الإناث المصرية وعينة الإناث التي تنتمي للدول الآتية: (لبنان – قطر – البحرين – السعودية).

٣- الفرق الجوهري الوحيد في الوسواس القهري بالنسبة لعينة الإناث المصرية كان بينهن وبين السوريات، حيث كانت قيمة (ت) دالة عند مستوى (٠,٠٠١) لصالح السوريات.

التعقيب على التساؤل الخامس:

من العرض السابق (جدولي ١٧ ، ١٨) وبالنظر إلى الدراسات السابقة نتناول ما يلي:

في دراسة (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٢) كانت الفروق الجوهرية الوحيدة في الوسواس القهري بين المصريات واللبنانيات حيث كان متوسط المصريات أعلى وكان الفرق دالاً عند مستوى (٠,٠٠١)، وهذا لم يتحقق في الدراسة الحالية، علمًا بأن متوسط عينة المصريات أعلى في الدراسة الحالية أيضًا من اللبنانيات. وفي ذات الدراسة السابقة كانت هناك فروقاً جوهرية بين اللبنانيات والقطريات وكان المتوسط الأعلي لصالح القطريات.

وفي دراسة (أحمد عبد الخالق وعبد الغفار الدماطي، ١٩٩٥) أشارت النتائج إلى أن لطلبة الجامعة السعوديين متوسط أقل بالنسبة إلى نظرائهم من المصريين، حيث كانت قيمة (ت) دالة عند مستوى (٠,٠٥) ومن القطريين

حيث كانت قيمة (ت) دالة عند مستوى (٠,٠١) ومن اللبنانيين حيث كانت قيمة (ت) دالة عند مستوى (٠,٠٢).

وفيما يتعلق بطالبات الجامعة كان متوسط السعوديات أقل من المصريات حيث كانت قيمة (ت) دالة عند مستوى (٠,٠٠١)، ومن القطريات حيث كانت قيمة (ت) دالة عند مستوى (٠,٠٥)، ولم يكن متوسطهن دالاً مع اللبنانيات.

وقد فسر انخفاض متوسط السعوديين بالمقارنة إلى عينات الدول المذكورة بأن التنشئة الوالدية للطفل السعودي يمكن أن تعد أقل إثارة لأنماط الاستجابات التي تهيئ الطفل مستقبلاً للسلوك القهري.

وفي دراسة (توفيق عبد المنعم، ٢٠٠٠) ومن حيث المقارنة بين العينات البحرينية وعينات عربية أخري مصر (بالمقارنة مع نتائج دراسة، ١٩٩٢) والسعودية، لم تكشف النتائج عن فروق دالة بين عينة الطلبة البحرينيين ونظرائهم السعوديين، ولكن وجدت فروق دالة بين عينة الطالبات الجامعيات البحرينيات ونظرائهن السعوديات، حيث كان متوسط درجات البحرينيات أعلى من السعوذيات، وكانت قيمة (ت = ٢,٩) وهى دالة عند مستوي (٠,٠٠١).

وفي مجال المقارنة بين العينات البحرينية والعينات المصرية فقد ظهرت فروق دالة بين عينة طلبة المرحلة الجامعية ومثيلتها المصرية،وكانت قيمة (ت = ٣,٤٠)، وهي دالة عند مستوى (٠,٠٠١) لصالح العينة المصرية ذاتها وهي تتفق مع نتيجة الدراسة الحالية.

أما بالنسبة للمقارنة بين المصريات والبحرينيات فلم تكن الفروق دالة بين عينة طالبات الجامعة وكل من البحرين ومصر . وهي ذات النتيجة التي تؤكدها الدراسة الحالية، علمًا بأن متوسط عينة طالبات الجامعة المصريات

كان أعلى من مثيلتها من البحرينيات، وبالمثل في الدراسة الحالية فقد كان متوسط عينة طالبات الجامعة المصريات أعلى من البحرينيات.

وبمقارنة متوسطات مقياس الوسواس القهري لدى العينات السورية بنظائرها على المقياس ذاته، وكذلك العينة المصرية في الدراسة الحالية نجد ما يلي :

أولا: متوسطات السوريين تتساوى تقريبا مع متوسطات المصريين (في دراسة أحمد عبد الخالق، ١٩٩٢) ولكنها تزيد على متوسطات اللبنانيين والقطريين والسعوديين.

ثانيا: متوسطات المصريين – الريفيين – فى الدراسة الحالية تزيد على متوسطات كل الدول العربية وهى على الترتيب: سوريا – قطر – البحرين – لبنان – السعودية. وعلى مستوى الذكور يأتى متوسط الذكور المصريين كأعلى متوسط بين كل العينات، والفرق دال عند مستوى (٠,٠٠١) بين المصريين الذكور وكل الذكور من عينات الدول العربية الأخرى. أما إناث الدراسة الحالية فيأتى متوسطهن بعد متوسط السوريات واللبنانيات.

وما يهم قوله هنا أنه ليس من السهل أن نقفز إلى استنتاجات تترتب على هذه النتائج، ذلك أن الفروق بين الدول فى هذا الصدد ليست كبيرة إلى الدرجة التى يمكن معها الوصول إلى استنتاجات وتفسيرات.

وليس هذا فقط بل إذا نظرنا إلى المقارنة بين متوسطات السعودين وغيرهم من عينات عربية أخرى نجد أن متوسط السعوديين أقل من نظائرهم العرب. ولقد كان من الممكن تفسير هذه الفروق على ضوء الاختلاف فى المستوى الاقتصادى لأفراد هذه العينات المشتقة من بلاد عربية مختلفة. ولكن وجود القطريين قبل البحرينيين واللبنانيين حيث متوسطهم أعلى من

تلك الدول، يعوق صدق هذا التفسير، ذلك أن التقارب كبير فى المستوى الاقتصادي بين السوريين والقطرين.

وإذا أخذنا بمبدأ التفسير اعتمادا على الحالة الاقتصادية والظروف المعيشية لقلنا أن وراء ارتفاع متوسطات المصريين على المقياس يكمن خلفه الظروف المعيشية والحياتية والاقتصادية الصعبة التي يعيشها المصريون، وهى لا شك تؤثر على أى إنسان يعيش تحت وطأة تلك الظروف التي ليس فيها اعتدال في أي شئ ولا حتى التوسط ، مقارنة بالظروف المعيشية الأفضل كثيرًا فى الدول العربية، وواقع الحال لايكذب ولا يتجمل.

ونعود، إذا جاز لنا الأخذ بهذا المبدأ فما الذي يفسرعدم دلالة الفروق بين إناث العينات المصرية وعينات الدول العربية الأخرى؟ ومن يفسر أن الفروق دالة عند (٠,٠٠١) بين المصريات والسوريات لصالح السوريات؟ وهن ولا شك ظروفهن الاقتصادية والمعيشية والاجتماعية أفضل بكثير من المصريات؟ ولماذا جاء ترتيب السوريات والبحرينيات والقطريات قبل ترتيب المصريات، وإناث تلك الدول أحسن حالا ومعيشة من المصريات؟!

فالمصريات هن اللاتي يتركن بلادهن للعمل من أجل لقمة العيش فى بلاد تلك الإناث، ويتحملن ما لا يتحمله أحد. ونحن لم نسمع عن أنثى من سوريا أو قطر أو البحرين جاءت للعمل فى مصر طلبا لرزق أوسع ومعيشة أرحب، بل لم نسمع عن سوريات أو لبنانيات وهن الأقل متوسطًا من المصريات قد حضرن إلى مصر للعمل طلبا للرزق.

هذا وتجدر الإشارة فى مجال المقارنة بين المصريين واللبنانيين في دراسة (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٢) بعدم وجدود فروق دالة بين الذكور المصريين واللبنانين أو القطرين. أما الإناث فقد كانت الفروق دالة بينهن

وبين اللبنانيات لصالح المصريات الأعلى متوسطا، كما كانت الفروق غير دالة بينهن وبين القطريات وهذا يدعم ما سبق قوله.

وإذا قارنا بين الذكور المصريين (من الحضر) في الدراسة السابقة نجد الترتيب كما يلي: المصريين (١٥,٥٨) ثم السوريين (١٥,٣٠) ثم القطريين (١٤,٩٨) ثم اللبنانيين (١٤,٨٤) ثم السعوديين (١٤,٤٣) ثم البحرينيين (١٣,٣٥) . وهو نفس الترتيب الحادث في الدراسة الحالية.

وبالنسبة للإناث كان الترتيب كما يلي: السوريات (١٦,٧٠) المصريات (١٦٠٢٤)، البحرينيات (١٥,٧٣) القطريات (١٥,١٦)، السعوديات (١٤,١٣)، اللبنانيات (١٤,١١). وما حدث هو ارتفاع متوسط المصريات في الدراسة الحالية عن كل من البحرينيات والقطريات والسعوديات واللبنانيات.

ولا يعني هذا سوى أن الحكم على ارتفاع أو انخفاض تلك المتوسطات لا ينبغى أن يتم وفقاً لما أتى عليه. فهناك أبعاد اجتماعية ونفسية وظروف اقتصادية وعادات تحكم كل مجتمع مقارنة بالآخر. ولا يمكن القول أننا كعرب تحكمنا عادات موروثة سائدة هنا وهناك بنمط واحد أو بمعايير ثابتة. الأمر ليس كذلك أبدا.

إن أهم ما يربط بين العرب وبعضهم البعض هو رباط الدين واللغة، وغير ذلك تحكمه اعتبارات أخرى تحتاج لدراسة وبحث عميقين.

نأتي لنقطة أخرى متعلقة بتفسير النتائج وهى مرتبطة بارتفاع متوسطات الإناث مقارنة بالذكور، وذلك فيما يلي:

- العربيات مقارنة بذويهن من ذكور بلادهن.
- العربيات مقارنة بالذكور العرب فى كل البلاد.

- المصريات مقارنة بالمصريين، والمصريات فيما بينهن.

بالنسبة لمقارنة العربيات بذويهم من الذكور في بلادهن فالفروق داخل هذه المجتمعات – من وجهة نظر الباحث - هى التي تحكم هذا التفسير.

أما ارتفاع متوسطات العربيات مقارنة بالذكور العرب، فبعد القول بالفروق الثقافية والحضارية التي يمكن أن يكمن ورائها التفسير كما سبق القول، إلا أنه يمكن القول بأنه ربما يكون وراء ارتفاع متوسطات الإناث في الدول العربية مقارنة بالذكور – من وجهة نظر الباحث - أن المرأة العربية كطبيعة أنثوية ومعيشية وحياتية لا تختلف كثيرا بين البلاد العربية وبعضها البعض، كما أن الظروف المجتمعية في مجال المقارنة بينهن وبين الرجال تجعلهن – مهما يكن – يأتين في الصف الثاني بعد الرجل – وفقاً لموروثات الثقافة الشرقية السائدة منذ بعيد ولا زال الكثير منها باق حتى الآن – بالإضافة للبعدين الديني والغربي، الأول: جعل قوامة الرجل على المرأة، تلك القوامة التي ترفضها الكثيرات الآن بل وتطالبن بالمساواة، والثاني: جعلهن يقارن بين أنفسهن وبين المرأة الغربية من خلال ما يبث من وسائل الإعلام المتعددة المنتشرة انتشار النار في الهشيم، وهي مقارنة ليست في صالحهن ولا شك. وبالتالي إذا سلمنا بما سبق تكن الضغوط النفسية والاجتماعية والبشرية الواقعة عليهن أشد وطأه وأقوى مما هو حادث بالنسبة للرجال.

وعليه فإن التفسير الذي يمكن الأخذ به هنا – من وجهة نظر الباحث - هو أنهن من مجتمع واحد هو المجتمع العربي وبالتالي فالمقارنة واجبة حيث تقع التأثيرات البيئية والمجتمعية والمحلية والدولية على الكل بطريقة واحدة.

ويود الباحث أن يضيف القول بأن هذا البحث أوغيره لو تم قبل عدة عقود لاختلفت النتائج حتمًا، فأنثى اليوم العربية ليست كأنثى الأمس أبدًا، وما يحدث في عالمنا العربي اليوم يؤكد هذا التباين حتمًا.

نأتي للمرأة المصرية في مجال المقارنة بينها وبين الرجل المصري، فنجد أن واقع الحال يقول أن المرأة المصرية تحمل من الأعباء أكثر مما يحمله الرجل المصري فهى أم وزوجة ترعى الأولاد والرجل، وتقوم في الكثير من الأحيان بالدورين معا. هى الأم والأب إذا سافر الزوج، أو غاب للعمل داخل بلده، وليس هذا فقط، فهى الأم لأولادها ولأولاد أولادها. الأب يغيب وهى ترعى وتربي وتعلم، وفي أغلب الأحيان ينحصر دور الرجل في الإنفاق المالي، فطبيعة الحياة في مصر حكمت بذلك والظروف الاقتصادية الصعبة التي ترهق كاهل أي إنسان تجبرعلى ذلك، والرجل قد يضطر للعمل فترتين ليوفر لأولاده معيشة أفضل وحياة أكرم، وغيابه قبل أن ينعكس سلبًا على غيره كالأولاد ينعكس على المرأة المصرية الأم والزوجة والأخت وغير ذلك.

وأخيرًا في مجال المقارنة بين إناث عينات البحث حيث كان ترتيب متوسطهن على مقياس الوسواس القهري كما يلي: المريضات ثم المسنات ثم الطالبات ثم الموظفات.

فيما يتعلق بالمرأة المريضة، فيمكن القول ربما يكون وراء هذه النتيجة أنها تحمل من الأعباء ما يفوق الحمل، فكونها مريضة يجعلها أكثر مشقة وتعب، فهى تكابد المرض وتكابد مع زوجها وأولادها وهى تحمل كما يقولون "الطاق طاقين". والمرأة المسنة لا يختلف الحال كثيراً لديها مقارنة بالمرأة المريضة، فهى قد تكون مريضة إلى جانب كونها مسنة تحمل معها أعباء الشيخوخة وما أكثرها وأقساها، وهى لا تحمل الطاق طاقين بل عدة طاقات، فهى لم تعد تقوى على ممارسة الأنشطة، وفقدت الكثير من حيويتها، وتحتاج لمن يرعاها ويأخذ بيدها كالمرأة المريضة.

أما الموظفة التي تشارك زوجها أعباء الحياة وتسير معه قدمًا بقدم، لها دور إيجابي مع زوجها في الحياة ولها كيان مستقل وأنا أقوى. وهى في صحة أكثر كما أنها أصغرعمرًا.وغير ذلك من العوامل التي جعلتهن أقل متوسطاً.

وأخيراً الطالبة فهى الأكثر حظا والأوفر صحة وطبيعي أن يتأخر ترتيب متوسطها مقارنة بالمريضات والمسنات والموظفات، فهى لا تعاني أمراضًا أو أوجاعًا ولا تربي أولادًا، ولا تحمل عبء زوج أو مسؤلية ولا عمل كما هو الحال لدى المريضة أو المسنة أوالموظفة، وغير ذلك كثير مما تتميز به دون غيرها.

ولنا أن نتساءل بعد ما سبق:

١- هل طبيعة الأنثى المصرية أو العربية وراء هذه النتيجة؟

٢- هل يرتبط هذا بارتفاع آخر يندرج تحته الوسواس القهري يشير إلى أن الإناث أكثر قلقا، أو أن الإناث يعانين أكثر من اضطربات القلق؟

٣- أو هل يكمن خلف هذا اضطربات عصابية، أو اضطرابات أخرى ينبغي التعرف إليها؟

٤- هل يحتاج الأمر إلى دراسة الوسواس القهري لدى عينات متباينة من الإناث في دراسات عبر ثقافية؟

ولا تفوتنا الإشارة المؤكدة والتي لا يمكن تجاهلها تلك التي تشير إلى أن الفروق في المتوسطات في الوسواس القهري تميل تارة للذكور، وتارة للإناث، وهي أيضا تقول بانتشار الوسواس القهري على مستوى العالم وقد سبق تناول ذلك في الرد على التساؤلين الأول والثاني.

وعلى المستوى الإكلينيكي نجد أن اضطراب الوسواس القهري يظهر في مناطق مختلفة من العالم، وفي ظروف ثقافية مختلفة، وتتاح في معظم الثقافات الغربية، كما في كل من الهند وهونج كونج وتايوان ومصر والمغرب وتركيا وسنغافورة وسيرى لانكا وانجلترا والولايات المتحدة وغيرها.

وقد ظهر تشابه ملحوظ في الوساوس والقهري في كثير من البلاد، والتشابه كبير بين ملامح الاضطراب. كما أن شكل الوساوس ومحتواها متشابه كثيراً في كل من أوروبا وأمريكا وكندا والهند (عبد الخالق وسامر ٢٠٠٢؛ ؛ Ali, S. 2004).

وبعد هل يتطلب تفسير تلك الفروق بحثا مستقلا عن الفروق الحضارية في معدلات الوسواس القهري بين الدول العربية وبعضها البعض؟ مع الأخذ في الاعتبار ضرورة أن يتم تناول التفسير في ضوء عدة عوامل والتي من أهمها عوامل التنشئة الاجتماعية لكل بلد، وبما يمكن أن يكون خطا للبحث مثمرا وواعداً.

هـ- بالنسبة للتساؤل السادس:

أما بالنسبة للتساؤل السادس والأخير المتعلق بالتركيب العاملي لعينات البحث الأربع، فقد أسفر التحليل العاملي للمقياس العربي للوسواس القهري بعد حساب معاملات الارتباط المتبادلة بين بنوده وتحليلها عاملياً، وبعد تدوير العوامل تدويراً متعامداً بطريقة " فاريماكس" وبحساب التشبعات الجوهرية (≥ ٠,٣٥) لبنود القائمة عن الآتي:

أولاً: عوامل عينة المرضى

بعد استبعاد العوامل التي لم تتشبع سوى على متغيرين فقط، حيث إن تشبع ثلاثة متغيرات على العامل قد تكون بمثابة الحد الأدنى لتقرير هوية العامل (صفوت فرج، ١٩٨٠: ٢٣٦)، يتبين ما يلي:

بالنظر إلى الجدول رقم (١٩) يتضح أن التحليل العاملي قد أسفر عن استخراج سبعة عوامل هى: (١) عامل عام، (٢) عامل التدقيق (٣) عامل المراجعة (٤) عامل الأفكار القهرية (٥) عامل البطء الوسواسي (٦) عامل لوم الذات (٧) عامل الوسوسة.

وقد استوعبت هذه العوامل (٥١ %) من نسبة التباين الكلي، وهى نسبة مقبولة.

جدول رقم (١٩)
يوضح التشبعات الجوهرية وبنودها لمقياس
الوسواس القهري لدى عينة المرضى

رقم البند	البنود	التشبعات
	العامل الأول: عامل عام (١٥,٨٪)	
٥	تسيطر على حياتي عادات ونظم معينة.	٠,٧٤١
٨	أشك في أشياء كثيرة في هذا العالم.	٠,٦٥٢
٤	عندما أتحدث أميل إلى تكرار الاشياء أو العبارات نفسها عدة مرات.	٠,٦٣٠
٢١	مشكلتي الأساسية هي مراجعة الأشياء بصورة متكررة.	٠,٦٢٠
٣٠	أنا شخص موسوس.	٠,٥٩٩
٩	أنا شخص متردد في كثير من الأمور.	٠,٥٦٦
٢	أغسل يداى عددا كبيرا من المرات.	٠,٥٥٠ ـ
٧	لا أفكر كثيرا فيما يقوله الناس.	٠,٤٠١
١١	أتأكد قبل النوم ولعدة مرات أننى قد أغلقت الأبواب والنوافذ.	٠,٤١٢
٢٦	لا أستمتع بحياتي كبقية الناس.	٠,٣٥٥
١٥	لا أحب النظام الصارم والدقة الشديدة.	٠,٣٣٩
	العامل الثاني: التدقيق (٨,٢٪)	
١٩	أنا شخص مدقق و دقيق جدا.	٠,٦٢٣
١٧	لا أهتم بالتفاصيل الدقيقة لأى موضوع أوعمل.	٠,٥٩١ ـ
٢٤	لا أقوم بتكرار أشياء معينة دون هدف محدد.	٠,٥٣١ ـ
١٣	كثيراً ما أشعر بأننى مضطر إلى ترتيب الأشياء أو أداء الأعمال بطريقة معينة	٠,٤١٤
٣١	أستطيع أن أحسم بين الأمور	٠,٣٩٧
٧	لا أفكر كثيرا فيما يقوله الناس	٠,٣٣٩ ـ
	العامل الثالث: المراجعة (٧,١٪)	
١١	اتأكدت قبل النوم ولعدة مرات أننى قد أغلقت الأبواب والنوافذ	٠,٧٨٠

التشبعات	البنود	رقم البند
٠,٦٢٠	أعود أحيانا إلى المنزل بعد خروجي لأتأكد من غلق الأبواب أوالحنفيات أوالأنوار وغيرها.	٦
٠,٤٣٣	أغسل يداى عددا كبيرا من المرات	٢
٠,٤١٠	قبل أن أذهب لأنام فأننى أشعر بضرورة عمل أشياء معينة بنظام محدد	٣
٠,٣٩٥	مشكلتى الأساسية هى مراجعة الاشياء بصورة متكررة.	٢١
	العامل الرابع: الأفكار القهرية (٦,٤٪)	
٠,٦٩٧	تخطر على بالي بعض الأسئله التي يستحيل الاجابة عليها.	٣٢
٠,٦٠٤	تلح على خاطري عبارة معينة أو اسم دواء أو لحن موسيقي.	١٢
٠,٤٤١	تسيطر عليّ أفكار سيئة واجد صعوبة في التخلص منها.	٢٣
٠,٤١٠	أقوم بعملية عد الأشياء غير الهامة مثل السلالم أو طوابق المنازل أو النوافذ أوأعمدة النورأو التليفون.	٢٧
٠,٣٩٧	تشغلني أشياء تافهة وتسيطر على تفكيري.	١٦
٠,٣٦٠	أشك فى أشياء كثيرة فى هذا العالم. ٠	٨
	العامل الخامس: البطء الوسواسي (٥,٣٪)	
٠,٧٤١	أنجز الأعمال ببطء شديد للتأكد من أنني قد قمت بها بطريقة سليمة.	١
ـ ٠,٦٢٥	أتخذ القرارات بسرعة.	٢٢
٠,٤٠١	تسيطر على حياتي عادات خاصة ونظم معينة.	٥
	العامل السادس: لوم الذات (٤,٩٪)	
٠,٧٥٠	عندما تصدر مني بعض الأخطاء أتضايق بشدة لدرجة أننى لا أستطيع النوم.	٢٥
٠,٦٩٠	اتصور أن تحدث مصائب نتيجة لأخطاء بسيطة صدرت عني.	١٤
٠,٥٤١	لا أستمتع بحياتي كبقية الناس.	٢٦
ـ ٠,٦٤٠	أنا متفائل.	٢٨
ـ ٠,٤٢١	لا أفكر كثير فيما يقوله الناس.	٧
ـ ٠,٣١٩	أنسى الأشياء المزعجة أو المؤلمة والسيئة.	١٠
	العامل السابع: الوسوسة (٣,٣٪)	
٠,٤٩٧	أنا شخص موسوس.	٣٠

رقم البند	البنود	التشبعات
٨	أشك فى أشياء كثيرة فى هذا العالم.	٠,٤١١
٢٩	أجد نفسي مضطرا للقيام بأشياء لا قيمة لها.	٠,٣٨٠
٩	أنا شخص متردد فى كثير من الأمور	٠,٣٦٠

ثانياً: عوامل عينة المسنين

يتضح من الجدول رقم (٢٠) أن التحليل العاملي قد أسفر عن استخراج ثمانية عوامل هى: (١) عامل عام (٢) عامل الأفكار القهرية (٣) عامل المراجعة (٤) عامل الشك والوسوسة (٥) عامل التدقيق (٦) عامل العد والتكرار (٧) عامل النظام والترتيب (٨) عامل محاسبة (عقاب) الذات.

وقد استوعبت هذه العوامل ٦٦,٣ % من نسبة التباين الكلي، وهى نسبة مرتفعة ومقبولة.

جدول رقم (٢٠)
يوضح التشبعات الجوهرية وبنودها لمقياس
الوسواس القهري لدى عينة المسنين

رقم البند	البنود	التشبعات
	العامل الأول: عامل عام (١٦,٧ ٪)	
٦	أعود أحيانا إلى المنزل بعد خروجي لأتأكد من غلق الأبواب أوالحنفيات أوالأنوار وغيرها.	٠,٧٢٦
٢	أغسل يداى عددا كبيرا من المرات.	٠,٧١٤
٤	عندما أتحدث أميل إلى تكرار الاشياء أوالعبارات نفسها عدة مرات	٠,٦٦٩
٥	تسيطر على حياتي عادات خاصة ونظم معينة.	٠,٦٥٣
٩	أنا شخص متردد فى كثير من الأمور.	٠,٦٣٢
١	أنجز الأعمال ببطء شديد للتأكد من أنني قد قمت بها بطريقة سليمة.	٠,٦١١
٣١	أستطيع أن أحسم بين الأمور.	٠,٥٥٩
١٦	تشغلني أشياء تافهة وتسيطر على تفكيري.	٠,٥٣٢
٢٨	أنا متفائل.	٠,٣٥٠

رقم البند	البنود	التشبعات
	العامل الثاني: الأفكار القهرية (٩,٨ ٪)	
٢٣	تسيطر عليَّ أفكار سيئة واجد صعوبة في التخلص منها.	٠,٧٦٠
٢٠	تطاردني الأفكار المزعجة والسخيفة.	٠,٧١٢
١٢	تلح على خاطري عبارة معينة أو اسم دواء أو لحن موسيقي	٠,٦٢٠
١١	أتأكدت قبل النوم ولعدة مرات أننى قد أغلقت الأبواب والنوافذ:	٠,٥٣٣
	العامل الثالث: المراجعة (٨,٥ ٪)	
٢١	مشكلي الأساسية هى مراجعة الأشياء بصورة متكررة	٠,٧٢٤
٦	أعود أحيانا إلى المنزل بعد خروجي لأتأكد من غلق الأبواب أو الحنفيات أو الأنوار وغيرها.	٠,٦٣١
٣	قبل أن أذهب لأنام فأننى أشعر بضرورة عمل أشياء معينة بنظام محدد.	٠,٣٩٩
	العامل الرابع: الشك والوسوسة (٨,١ ٪)	
٣٠	أنا شخص موسوس.	٠,٧٦٢
٨	أشك فى أشياء كثيرة فى هذا العالم.	٠,٧٢٣
٢٨	أنا متفائل.	٠,٦٣٢ -
٢٣	تسيطر عليَّ أفكار سيئة واجد صعوبة في التخلص منها.	٠,٣٥٢
	العامل الخامس: التدقيق (٧,٧٪)	
١٩	أنا شخص مدقق و دقيق جدا.	٠,٥١٢
٩	أنا شخص متردد فى كثير من الأمور.	٠,٤٣٢
٢٩	اجد نفسى مضطرا للقيام بأسياء لا قيمة لها.	٠,٣٩٥ -
	العامل السادس: العد والتكرار (٦,٩٪)	
٢٧	أقوم بعملية عد الأشياء غير الهامة مثل السلالم أو طوابق المنازل أو النوافذ أوأعمدة النورأو التليفون.	٠,٧٦٢
٢	أغسل يداى عددا كبيرا من المرات.	٠,٤٩٣
٤	عندما أتحدث أميل إلى تكرار الاشياء أوالعبارات نفسها عدة مرات	٠,٣٩٢
١٣	كثيراً ما أشعر بأننى مضطر إلى ترتيب الأشياء أو أداء الأعمال بطريقة معينة	٠,٣٦٤

التشبعات	البنود	رقم البند
	العامل السابع: النظام والترتيب (٥,٤٪)	
٠,٧٦٠	قبل أن أذهب لأنام فأننى أشعر بضرورة عمل أشياء معينة بنظام محدد.	٣
٠,٦٢٣	كثيراً ما أشعر بأننى مضطر إلى ترتيب الأشياء أو أداء الأعمال بطريقة معينة	١٣
٠,٥١١ -	لا أحب النظام الصارم والدقة الشديدة.	١٥
	العامل الثامن: محاسبة (عقاب) الذات (٣,٢٪)	
٠,٧٤١	اتصور أن تحدث مصائب نتيجة لأخطاء بسيطة صدرت عني.	١٤
٠,٦٥٢	عندما تصدر مني بعض الأخطاء أتضايق بشدة لدرجة أننى لا أستطيع النوم.	٢٥
٠,٣٩٣ -	أنسى الأشياء المزعجة أو المؤلمة والسيئة.	١٠
٠,٣٥٤	لا أفكر كثير فيما يقوله الناس.	٧

ثالثاً: عوامل عينة الطلبة

يتضح من الجدول رقم (٢١) أن التحليل العاملي قد أسفر عن استخراج ثمانية عوامل هى: (١) عامل عام (٢) عامل التحرر (٣) عامل الأسى (٤) عامل العد والقهر (٥) عامل الوسوسة (٦) عامل التردد والسرعة (٧) عامل عدم النظام والحسم (٨) عامل المراجعة.

وقد استوعبت هذه العوامل ٥٨,٧ % من نسبة التباين الكلي، وهى نسبة معقولة.

جدول رقم (٢١)
يوضح التشبعات الجوهرية وبنودها لمقياس
الوسواس القهري لدى عينة الطلبة

التشبعات	البنود	رقم البند
	العامل الأول: عامل عام (١٩,٦ ٪)	
٠,٧٧٥	تطادرني الأفكار المزعجة والسخيفة.	٢٠
٠,٦٨٠	تشغلني أشياء تافهة وتسيطر على تفكيري.	١٦

رقم البند	البنود	التشبعات
٩	أنا شخص متردد فى كثير من الأمور.	٠,٦١٩
٨	أشك فى أشياء كثيرة فى هذا العالم	٠,٥٩٤
٣٢	تخطر على بالي بعض الأسئله التي يستحيل الإجابة عليها.	٠,٥٣٧
٢٦	لا أستمتع بحياتي كبقية الناس.	٠,٥٢١
١٠	انسى الأشياء المزعجة أو المؤلمة والسيئة.	٠,٤٩٠
٢٧	أقوم بعملية عد الأشياء غير الهامة مثل السلالم أو طوابق المنازل أو النوافذ أوأعمدة النورأو التليفون.	٠,٤٠١
١٨	لا أشعر أننى مجبر على فعل أشياء معينة.	٠,٣٩٢
	العامل الثاني: التحرر (١٠,٢٪)	
٢٩	أجد نفسى مضطرا للقيام بأشياء لا قيمة لها.	ـ ٠,٧١٦
٢٥	عندما تصدر مني بعض الأخطاء اتضايق بشدة لدرجة أننى لا أستطيع النوم.	ـ ٠,٦٩٢
٣٢	تخطر على بالي بعض الأسئله التي يستحيل الإجابة عليها.	٠,٤٤٩
١٨	لا أشعر أننى مجبر على فعل أشياء معينة.	٠,٤٤٠
	العامل الثالث: الأسى (٦,٨٪)	
٢٦	لا أستمتع بحياتي كبقية الناس.	٠,٦٩٩
٢٨	انا متفائل.	ـ ٠,٦٨٤
١٠	انسى الأشياء المزعجة أو المؤلمة والسيئة.	ـ ٠,٥٤٩
١٤	اتصور أن تحدث مصائب نتيجة لأخطاء بسيطة صدرت عنى.	٠,٣٩٠
	العامل الرابع: العد والقهر (٦,٢٪)	
٢٧	أقوم بعد الأشياء غير المهمة مثل السلالم أو طوابق المنازل أو النوافذ أو أعمدة النورأو التليفون.	٠,٧٦٦
٢	اغسل يداى عددا كبيرا من المرات.	٠,٤٣٢
١٨	لا أشعر أننى مجبر على فعل أشياء معينة.	ـ ٠,٣٩١
١٢	تلح على خاطري عبارة معينة أو اسم دواء أو لحن موسيقي.	٠,٣٥٣

رقم البند	البنود	التشبعات
	العامل الخامس: الوسوسة (٥,٤ ٪)	
٢٣	تسيطر عليّ أفكار سيئة واجد صعوبة في التخلص منها.	٠,٦٦٦
١٣	كثيراً ما أشعر بأنني مضطر إلى ترتيب الأشياء أو أداء الأعمال بطريقة معينة	٠,٥٣٨
١٦	تشغلني أشياء تافهة وتسيطر على تفكيري.	٠,٤٢١
٦	أعود أحيانا إلى المنزل بعد خروجي لأتأكد من غلق الأبواب أوالحنفيات أوالأنوار وغيرها.	٠,٣٥٦
	العامل السادس: التردد والسرعة (٤,٣ ٪)	
٢٢	أتخذ القرارات بسرعة.	٠,٧٠٦
٣١	أستطيع أن أحسم بين الأمور.	٠,٥٨٢ ـ
٩	أنا شخص متردد فى كثير من الأمور.	٠,٥١١
	العامل السابع: عدم النظام والحسم (٣,١ ٪)	
١٧	لا أهتم بالتفاصيل الدقيقة لأى موضوع أو عمل.	٠,٧٧٨
١٥	لا أحب النظام الصارم والدقة الشديدة.	٠,٤٤٢
٣١	استطيع أن أحسم بين الأمور.	٠,٣٩٣ـ
٥	تسيطر على حياتي عادات خاصة ونظم معينة.	٠,٣٦٢ ـ
	العامل الثامن: المراجعة (٣,١ ٪)	
٢١	مشكلي الأساسية هى مراجعة الأشياء بصورة متكررة	٠,٦٧٣
١١	أتأكد قبل النوم ولعدة مرات أننى قد أغلقت الأبواب والنوافذ.	٠٥٨١ـ
٦	أعود أحيانا إلى المنزل بعد خروجي لأتأكد من غلق الأبواب أوالحنفيات أوالأنوار وغيرها.	٠,٤٢١

رابعاً: عوامل عينةالموظفين

يتضح من الجدول رقم (٢٢) أن التحليل العاملي قد أسفر عن ستخراج تسعة عوامل هى: (١) عامل عام (٢) عامل الشكوك الوسواسية (٣) عامل الأفعال السوية (٤) عامل التكرار والعد (٥) عامل الترتيب (٦) عامل الاجترار (٧) عامل الاهتمام بالتفاصيل (٨)عامل الحسم (٩) النظام والدقة.

وقد استوعبت هذه العوامل ٦٨,٧ % من نسبة التباين الكلي، وهى نسبة معقولة.

جدول رقم (٢٢)
يوضح التشبعات الجوهرية وبنودها لمقياس
الوسواس القهري لدى عينة الموظفين

رقم البند	البنود	التشبعات
	العامل الأول: عامل عام (١٥,٨ ٪)	
٣١	استطيع أن أحسم بين الأمور	٠,٧٢٤
٢٦	لا أستمتع بحياتي كبقية الناس	٠,٧١٤
٢٣	تسيطر عليّ أفكار سيئة واجد صعوبة في التخلص منها	٠,٦٢٥
٣٠	أنا شخص موسوس	٠,٦١٢
٢٨	أنا متفائل	٠,٦١٠
١٩	أنا شخص مدقق و دقيق جدا	٠,٥٩٠
٢٧	أقوم بعملية عد الأشياء غير الهامة مثل السلالم أو طوابق المنازل أو النوافذ أوأعمدة النورأو التليفون.	٠,٥٧٤
٢٩	أجد نفسي مضطرا للقيام بأشياء لا قيمة لها.	٠,٥٦٠
١	أنجز الأعمال ببطء شديد للتأكد من أنني قد قمت بها بطريقة سليمة	٠,٥٣٥
٥	تسيطر على حياتي عادات خاصة ونظم معينة.	٠,٤٤٦
	العامل الثاني الشكوك الوسواسية (١٠,٨ ٪)	
٣٠	أنا شخص موسوس	٠,٧١٢
٨	أشك فى أشياء كثيرة فى هذا العالم.	٠,٦٦٩
٣٢	تخطر على بالي بعض الأسئلة التي يستحيل الإجابة عليها.	٠,٥١٨
١٢	تلح على خاطري عبارة معينة أو اسم دواء أو لحن موسيقي.	٠,٤٦٠
١٦	تشغلني أشياء تافهة وتسيطر على تفكيري.	٠,٣٧٠
	العامل الثالث: الأفعال السوية (٩,٧ ٪)	
١٨	لا أشعر أننى مجبر على فعل أشياء معينة.	٠,٨٥٣
٧	لا أفكر كثير فيما يقوله الناس.	٠,٦٢٧
٢٣	تسيطر عليّ أفكار سيئة واجد صعوبة في التخلص منها.	-٠,٤٩٩
٢٤	لا أهتم بالتفاصيل الدقيقة لأى موضوع أوعمل.	-٠,٣٩٣

التشبعات	البنود	رقم البند
- ٠,٣٦٧	اجد نفسي مضطرا للقيام بأسياء لا قيمة لها.	٢٩
	العامل الرابع: التكرار والعد (٨,٢٪)	
٠,٧٤٤	اغسل يداى عددا كبيرا من المرات.	٢
٠,٥٦١	أتأكد قبل النوم ولعدة مرات أنني قد أغلقت الأبواب والنوافذ.	١١
٠,٥٢٦	أقوم بعملية عد الأشياء غير الهامة مثل السلالم أو طوابق المنازل أو النوافذ أوأعمدة النور أو التليفون.	٢٧
٠,٤٣١	عندما أتحدث أميل إلى تكرار الاشياء أوالعبارات نفسها عدة مرات	٤
٠,٣٦٠	اجد نفسي مضطرا للقيام بأسياء لا قيمة لها.	٢٩
	العامل الخامس: الترتيب (٧,٤٪)	
٠,٧٣٨	كثيراً ما أشعر بأنني مضطر إلى ترتيب الأشياء أو أداء الأعمال بطريقة معينة	١٣
٠,٧١١	قبل أن أذهب لأنام فانني أشعر بضرورة عمل أشياء معينة بنظام محدد.	٣
٠,٦٤١	تسيطر علي حياتي عادات خاصة ونظم معينة.	٥
٠,٥٥٥	انسى الأشياء المزعجة أو المؤلمة والسيئة.	١٠
	العامل السادس: الاجترار (٥,٩٪)	
٠,٧٥٥	تسيطر عليَّ أفكار سيئة واجد صعوبة في التخلص منها.	٢٣
- ٠,٦٧٢	لا أفكر كثير فيما يقوله الناس.	٧
٠,٥٤٧	اتصور أن تحدث مصائب نتيجة لأخطاء بسيطة صدرت عني.	١٤
- ٠,٥٤٥	لا أشعر أنني مجبر على فعل أشياء معينة.	١٨
٠,٤٥٤	لا أستمتع بحياتي كبقية الناس.	٢٦
	العامل السابع: الاهتمام بالتفاصيل (٤,٢٪)	
- ٠,٦٤٢	لا أهتم بالتفاصيل الدقيقة لأى موضوع أو عمل.	١٧
- ٠,٥٢٨	لا أحب النظام الصارم والدقة الشديدة.	١٥
٠,٣٩١	أنا شخص مدقق و دقيق جدا.	١٩
- ٠,٣٦٢	أتخذ القرارات بسرعة.	٢٢
	العامل الثامن: الحسم (٣,٤٪)	
- ٠,٧٦٤	أنا شخص متردد في كثير من الأمور.	٩
٠,٣٥٥	استطيع أن أحسم بين الأمور.	٣١
- ٠,٣٤٩	لا أهتم بالتفاصيل الدقيقة لأى موضوع أوعمل.	٢٤

التشبعات	البنود	رقم البند
٠,٣٥٣	أنا متفائل.	٢٨
	العامل التاسع: النظام والدقة (٣,٣٪)	
٠,٧٢٠	أنا شخص مدقق و دقيق جدا.	١٩
٠,٧١٦	لا أحب النظام الصارم والدقة الشديدة.	١٥
٠,٤١٠	كثيراً ما أشعر بأننى مضطر إلى ترتيب الأشياء أو أداء الأعمال بطريقة معينة.	١٣
٠,٣٩٢	استطيع أن أحسم بين الأمور.	٣١
٠,٣٦٣	قبل أن أذهب لأنام فأننى أشعر بضرورة عمل أشياء معينة بنظام محدد.	٣

التعقيب على نتائج التساؤل السادس:

سوف يكتفي الباحث هنا بنوعين من المقارنة فقط، وذلك لما يلي:

١ ـ المقارنة بين العوامل المستخرجة من الدراسة الحالية من طلبة جامعة المنصورة وطالباتها، والعوامل المستخرجة من دراسة (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٢) على عينة من طلاب جامعة الإسكندرية.

وذلك لأنه لا مجال للمقارنة بين العوامل المستخرجة من عينات المرضى والمسنين والموظفين، حيث لم يسبق لأي دراسة مصرية أو عربية ـ حسب حدود علم الباحث ـ أن قامت بهذا.

والمقارنة تشير إلى أن مسميات العوامل بين العينات المصرية متشابهة، فهى تقريباً نفس العوامل، أو المسميات المتداخلة ضمن العوامل، والاختلاف الظاهر بينهما يتمثل فيما يلي:

أ- ظهر عامل البطء في دراسة (١٩٩٢).

ب- في الدراسة الحالية كانت مسميات العوامل المختلفة هى: عامل الشكوك الوسواسية، وعامل الاهتمام بالتفاصيل، وعامل عدم النظام والحسم.

٢ ـ نفس الحال بالنسبة للمقارنة بين عينات الدراسة الحالية، وعينات الدراسات التي تمت في الدول العربية الأخرى، حيث ستتم المقارنة بين عينات طلاب الجامعة فقط، وهذه الدراسات تمت في اعوام (١٩٩٥، ٢٠٠٠، ٢٠٠٢).

لذا بالنظر إلى الجدول رقم (٢٣) نلاحظ ما يلي:

جدول رقم (٢٣)
العوامل المستخرجة من التحليل العاملي من
عينات عربية من طلاب الجامعة

م	عوامل العينة السعودية ١٩٩٥	عوامل العينة البحرينية ٢٠٠٠	عوامل العينة السورية ٢٠٠٢	عوامل العينة المصرية ٢٠٠٧
١	عامل عام	عامل عام	عامل عام	عامل عام
٢	المراجعة	المراجعة و التدقيق	النظافة والنظام	التحرر
٣	التدقيق والحسم	عدم الحسم و النظام	الشكوك الوسواسية	الأسى
٤	التكرار والعد	عدم الدقة	البطء	العد والقهر
٥	لوم الذات والشك والتردد	الأفكار الملحة	المراجعة	الوسوسة
٦	السواء مقابل الوسواس	الاضطراب مقابل التحرر من الوسواسة	انتفاء الوسواس والقهر	التردد والسرعة
٧	البطء مقابل التحرر من الوسواسة	السرعة مقابل التردد	الاهتمام بالتفاصيل	عدم النظام والحسم
٨	الخواطر الملحة		التكرار	المراجعة
٩	الاهتمام بالتفاصيل		الترتيب	

بملاحظة العوامل المستخرجة من تلك الدراسات، نجد أن الأمر لم يختلف كثيراً عما سبق، حيث توجد تشابهات في مسميات بعض العوامل، وهناك أيضاً اختلافات في مسميات البعض الآخر من العوامل.

وما يهم الإشارة إليه هنا أن تسمية العوامل مسألة تحكمية تختلف من باحث إلى آخر حتى داخل الدولة الواحدة، وحتى لو أن هناك باحثين بحثا موضوع واحد على ذات العينة وكانت النتائج واحدة، فإن مسميات العوامل سوف تختلف بينهما اعتماداً على التباين العلمي والثقافي بينهما، وربما تتداخل عوامل أخرى غير ما سبق.

كما أنه قد يكون لعاملين الاسم ذاته في بلدين مختلفين ولكن البنود المشبعة بكل منهما مختلفة مما يشير إلى تركيبة خاصة لكل عينة.

وفي الختام، كان هناك اعتقاد لدى الباحث منذ البداية في تباين التركيب العاملي للعينات المتباينة ، ذلك لأن كل عينة لها خصائصها التي تميزها فالمرضي غير الأسوياء والعاملين غير القاعدين والمراهقين غير المسنين.

غير أنه كان هناك اعتقاد أخر بتشابه بعض مسميات العوامل، فالعينات من مجتمع واحد – هو مصر – والمؤثرات البيئية تؤثر علي الكل بلا استثناء، وحتماً لا بد تشابه مادام هناك تمايز ميز بين كل عينة والأخرى.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

١- أحمد عكاشة (١٩٨٠). الطب النفسي المعاصر، ط (٤) ، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٢- أحمد فائق ومحمد عبد القادر (١٩٧٢). مدخل إلى علم النفس العام، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٣- أحمد محمد عبد الخالق ومايسة النيال (١٩٩٠). الوساوس القهرية وعلاقتها بكل من القلق والمخاوف والاكتئاب، ٢(٣٨)، ٥٤٣ ـ ٥٧٥.

٤- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٢). كراسة تعليمات المقياس العربي للوسواس القهري، الأسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٥- أحمد محمد عبد الخالق ومايسة أحمد النيال (١٩٩٢"أ"). فقدان الشهية العصبي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية، القاهرة: مجلة دراسات نفسية، ٢(١)، ٥٧ـ ٧٤.

٦- أحمد محمد عبد الخالق ومايسة أحمد النيال (١٩٩٢ "ب"). اضطرابات النوم وعلاقتها بكل الاكتئاب والقلق الوساوس بحوث المؤتمر الثامن لعلم النفس في مصر، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ٣٣ـ ٤٩.

٧- أحمد محمد عبد الخالق وعبد الغفار عبد الحكيم الدماطي (١٩٩٥). الوسواس القهري: دراسة على عينات سعودية، القاهرة: مجلة دراسات نفسية، ٥ (١)، ١-١٧.

٨- أحمد محمد عبد الخالق وسامر جميل رضوان (٢٠٠٢). مدى صلاحية المقياس العربي للوسواس القهري على عينات سعودية، القاهرة: مجلة دراسات نفسية، ٢ (١)، ٤٣-٦١.

٩- الكلية الملكية للأطباء النفسيين (٢٠٠٧) اضطراب الوسواس القهرى .
www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation/languages/arabic/OCD-1.aspx

١٠- توفيق عبد المنعم توفيق (٢٠٠٠). الوسواس القهري: دراسة على عينات بحرينية، القاهرة: مجلة علم النفس، العدد (٥٥)، ٦٤ – ٧٧.

١١- توماس أولتمانز وجون م. نيل وجيرالد س. دافيسون (٢٠٠٠). دراسة حالات في علم النفس المرضي، ترجمة: رزق سند إبراهيم ليلة، القاهرة: دار الحكيم للطباعة والنشر.

١٢- جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفافي (١٩٨٩). معجم علم النفس والطب النفسي،المجلد الثاني، القاهرة: دار النهضة العربية.

١٣- جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفافي (١٩٩٠). معجم علم النفس والطب النفسي، المجلد الثالث، القاهرة: دار النهضة العربية.

١٤- جمال الخطيب (٢٠٠٤). نمط المراجعات النفسية في القطاع الخاص في الأردن.
www.arabpsynet.com/archives/op/OP.khati -jordCons.htm

١٥- جان سكوت ومارك وليامز وآرون بيك (٢٠٠٢). العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية، ترجمة: حسن مصطفي عبد المعطي، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

١٦- حسن مصطفي عبد المعطي (١٩٩٨). علم النفس الإكلينيكي، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

١٧- حسين عبد القادر (١٩٩٣). الوسواس القهري، في: فرج عبد القادر طه: موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة: دار سعاد الصباح.

١٨- حسين علي فايد (١٩٩٧). العلاقة بين الخجل والأعراض السيكوباثولوجية في المراهقة، القاهرة: مجلة دراسات نفسية، ٧ (٢) ، ٢٣٣ ـ ٢٧٤.

١٩- رزق سند إبراهيم ليلة (٢٠٠٥). العلاج النفسي وصوره المختلفة، القاهرة: دار الهاني للطباعة والنشر.

٢٠- سامر جميل رضوان (٢٠٠٧). العصابات: دراسة وصفية في الاضطرابات العصابية.

http://de.geocities.com/psychoarab/Neuroses

٢١- سعاد البشر وصفوت فرج (٢٠٠٢). المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة وبين العلاج الدوائي لمرضى الوسواس القهري، القاهرة: مجلة دراسات نفسية، ١٢(٢)، ٢٠٧-٢٢٧.

٢٢- شيلدون كاشدان (١٩٨٤). علم نفس الشواذ ، ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة ، بيروت: دار الشروق.

٢٣- صالح المهدي الحويج (ب. د). الوسواس القهري.

www.elsafa.com/sick1-1.htm

٢٤- صفوت فرج (١٩٩٨٠). التحليل العاملي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٢٥- صفوت فرج (١٩٩٩). العلاقة بين السمات الشخصية والوسواس القهري، القاهرة: مجلة دراسات نفسية، ٢(٩)، ١٩١ ـ ٢٢٤.

٢٦- عادل شكري محمد كريم (١٩٩١). نمط "أ" للشخصية وعلاقته ببعض المتغيرات: دراسة عاملية إكلينيكية. رسالة دكتوراة (غير منشورة)، كلية الآداب: جامعة الأسكندرية.

٢٧- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات، القاهرة: دار الرشاد.

٢٨- عبد الرءوف ثابت (١٩٩٣). مفهوم الطب النفسي، القاهرة: مطابع الأهرام العربية.

٢٩- عبد الرحمن إبراهيم (٢٠٠٧). اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.

. http://maganin.brinkster.net/ocds/default.asp

٣٠- عبد العلي الجسماني (١٩٩٨). الأمراض النفسية: تاريخها – أنواعها – أعراضها – علاجها ، بيروت: الدار العربية للعلوم.

٣١- عبد المنعم الحفني (١٩٩٩). موسوعة الطب النفسي: الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسياً، المجلد الثاني، ط (٢)، القاهرة: مكتبة مدبولي.

٣٢- عبد الواحد مشعل (ب . د). الوسواس القسري والسلوك الاجتماعي.

http://www.psychocenteriraq.com/research/abstrect.htm

٣٣- علي جابر السلامة (٢٠٠٥). الوسواس القهري.

http://www.salamapsych.net/arb/admin/print.php?id=112044 9978&archive=

٣٤- علي عبد السلام علي (١٩٩٧). المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات، القاهرة: مجلة دراسات نفسية، ٧ (٢)، ٢٠٣ – ٢٣٢.

٣٥- عمر شاهين ويحيي الرخاوي (١٩٧٧). مبادئ الامراض النفسية، ط (٣) القاهرة: مكتبة النصر الحديثة.

٣٦- فرانك ج. برونو (١٩٩٣). الأعراض النفسية، ترجمة: رزق سند إبراهيم ليلة، القاهرة: دار الحكيم للطباعة والنشر.

٣٧- فرج عبد القادر طه (١٩٩٩). أصول علم النفس الحديث، ط (٣)، القاهرة: عين للدرسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية.

٣٨- فريح عويد العنزي (١٩٩٧). الوسواس القهري لدى الأطفال الكويتيين، القاهرة: مجلة دراسات نفسية، ٧ (٢)، ١٨١-٢٠٢.

٣٩- فهد بن سعيد الطلوحي (٢٠٠٧). الوسواس القهري وعلاقته بالعوامل الخمسةالكبرى للشخصية : دراسة وصفية ارتباطية.

www.moh.gov.sa/vb/archieve/index.php/t-7293.html

٤٠- محمد أحمد غالي ورجاء محمود أبو علام (١٩٧٣). القلق وأمراض الجسم، القاهرة: مطبعة الحبلوني.

٤١- محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠ " أ"). علم الأمراض النفسية والعقلية: الأسباب – الأعراض -التشخيص - العلاج، الكتاب الأول: الجزء الأول، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

٤٢- محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠ " ب "). علم الامراض النفسية والعقلية: الأسباب – الاعراض – التشخيص – العلاج، الكتاب الأول: الجزء الثاني، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

٤٣- محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨).العلاج السلوكي الحديث: أسسه وتطبيقاته، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

٤٤- مصطفى السعدني (٢٠٠٦). تاريخ اضطراب الوسواس القهري "١".

http://maganin.brinkster.net/ocds/default.asp.

٤٥- مصطفى السعدني (٢٠٠٧). تاريخ اضطراب الوسواس القهري "٢".

http://maganin.brinkster.net/ocds/default.asp.

٤٦- محمود جمال أبو العزايم (٢٠٠٧). الوسواس القهري.

www.elazayem.com/O%20C%D.htm

٤٧- محمود حمودة (١٩٩١). النفس: أسرارها وأمراضها، القاهرة: مركز كومبيوتر كلية الصيدلة.

٤٨- مدحت عبدالحميد أبو زيد (١٩٨٩). نمط الشخصية القهرية لدي عينة من طلاب الجامعة : دراسة عاملية، القاهرة: مجلة علم النفس، ١٢ ، ٩٠ – ١٠١.

٤٩- ممتاز عبد الوهاب (٢٠٠١). القلق والاكتئاب، القاهرة: كتاب الهلال الطبي، العدد الخامس.

٥٠- نيفين مصطفي زيور (١٩٩٨). الاضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق،ط (٣)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٥١- لندا ل. دافيدوف (١٩٨٠). مدخل علم النفس، ترجمة: سيد الطواب ومحمود عمر ونجيب خزام،(ط ٢)، القاهرة : دار ماكجروهيل للنشر.

٥٢- ليونارد ف. كوزيول (٢٠٠٣). اضطراب الوسواس القهري وسلسلة الاضطرابات المرتبطة، في: ليونارد ف. كوزيل وكريس ي. ستوت (محرر) الأسس النيوروسيكولوجية للاضطرابات النفسية: نظريًا وتطبيقيًا، ترجمة: محمد السيد منصور وسحر عبد العزيز الكفافي ونجلاء محمود الحبشي،طنطا: مطبعة جامعة طنطا، ١٥٦-١٨٩.

٥٣- وائل ابو هندي (٢٠٠٣). الوسواس القهري، الكويت: عالم المعرفة، العدد (٢٩٣).

٥٤- وائل ابو هندي (٢٠٠٥) تاريخ اضطراب الوسواس القهري.

http://maganin.brinkster.net/ocds/default.asp

٥٥- يحيي الرخاوي (١٩٧٩). دراسة في علم السيكوباثولوجي: (شرح: سر اللعبة)، القاهرة: دار المقطم للصحة النفسية.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

1- Aartjan, T.F., Beekman et al., (1999). Anxiety disorder in later life: A report from the longitudinal aging study Amsterdam. International Journal of Geriatric Psychiatry, 13(10):717–726.

2- Ahmed, M. Abdel-Khalek (1998) The development and validation of the Arabic Obsessive Compulsive Scale. European Journal of Psychological Assessment. 14(2):146 – 158.

3- Ahmed, M. Abdel-Khalek and David Lester (1998). Reliability of the Arabic Obsessive-Compulsive Scale in Kuwait and American students. Psychological Reports, 83, 1470.

4- Ahmed, M. Abdel-Khalek and David Lester (1999a). Obsession – Compulsion in College students in the United States and Kuwait. Psychological Reports, 85, 799 – 800.

5- Ahmed, M. Abdel-Khalek and David Lester (1999b). Criterion – related validity of the Arabic Obsessive compulsive Scale in Kuwait and American students. Psychological Reports , 85-1111-1112 .

6- Ahmed, M. Abdel-Khalek and David Lester (2000). Obsession – compulsion , locus of control , depression , and hopelessness: A construct validity of the Arabic Obsessive Compulsive Scale in American and Kuwait students , Psychological Reports , 86 , 1187-1188.

7- Ahmed Okasha (2004). OCD in Egyptian adolescents: The effect of culture and religion.

http://www.psychiatrictimes.com/topic/OCD/showArtic le. jhtml? print=true&articleID=175802586

8- Ali S. Cilliçilli et al., (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. Journal of Comperhensive Psychiatry,45(50) 376-374.

9- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2005). Obsessive compulsive disorder in children and adolescent

http://www.aacap.org/publications/factsfam/ocd.htm

10- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. (DSM-IV).Washington DC: American Psychiatric Association.

11- Anna Dejdar (2006). Obsessive compulsive disorder: Is there a biological cause?

http://serendip.brynmawr.edu/bb/neuro/neuro06/web1/adejdar/html

12- Arnold , M. Ludwig (1986). Principles of clinical psychiatry, (2nd ed.)London: Collier Macmillan Publishers.

13- Arthur, P. Noyes and Lawrence, C. Kolb (1963). Modern clinical psychiatry, (6th ed.). London: W.B. Saunders Company.

14- Barbarich, N. (2002). Is there a common mechanism of serotonin dysregulation in anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder? Eat Weight Disord., 7:221-231.

15- Bethany, A. Teachman (2006). Linking obsessional beliefs to OCD symptoms in older and younger adults. Behavior Research and Therapy, 45(17):1671-1681.

16- Bruce Fireman et al., (2001). The prevalence of clinically recognized obsessive-compulsive disorder in a large health maintenance organization. American Journal Psychiatry, 158:1904-1910.

17- Canadian Psychological Association (1994). What is obsessive compulsive disorder?

www.cpa.ca/factsheets/OCD.htm

18- Carol, E. Watkins (WD). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents.

www.ncpamd.com/obsessive.htm

19- Cartwright, C. and Hollander, E. (1998). SSRIs in the treatment of obsessive-compulsive disorder, Depress. Anxiety, 8 suppl., 1:105 – 113.

www.biopsychiatry.com/ocd.htm

20- Charney, D.S. et al., (1988). Serotonin function in obsessive Disorder. Arch. Gen.Psychiatry,45, 177 – 185.

21- Cherlene, S. M. and Pedrick, R. N. (2006). Obsessive-compulsive disorder.

http://www.nursece.com/onlinecourses/987.html

22- Damiaan Denys et al., (2004). Symptom dimension in obsessive-compulsive disorder: Factor analysis on a Clinician-Related Scale and a Self- Report Measure. Psychopathology, 37(4):181-189.......

23- Dan Egli (1998). Psychopharmacology for clinical psychologists, In: Salvatore Cullari (Ed.). Foundations of clinical psychology, Boston: Allyn and Bacon. 305-330.

24- David Gill (1995). Drug treatment of obsessive-compulsive disorder.

www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band18/b18-7.html

25- Douglas, A. Bernstein et al., (1988). Psychology, Dallas: Houghton Mifflin Company.

26- Eisen J. L. and Rasmussen, S.A. (1989). Coexisting obsessive compulsive disorder and alcoholism. J. Clin. Psychiatry, 50(3):96-98.

27- Emanuela Mundo; Laura Bianchi and Laura Bellodia (1997). Efficacy of fluvoxamine, paroxetine and citalopram in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A single-blind study. Journal of Clinical Psychopharmacology. 17(4):267:271.

28- Eric Rassin ; Jesse Cougle and Peter Muris (2007). Content difference between normal and abnormal obsessions. Behavioral Research and Therapy, 45(11):2800-2803.

29- Francesco Monaco et al., (2005). Obsessionality, obsessive-compulsive disorder, and temporal lobe epilepsy, Epilepsy and Behavior 7, 491–496.

30- Grabe, H.J. et al., (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. J. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 250(5).262-268.

31- Harold, I. Kaplan ; Benjamin, J. Sadock and Jack , A. Grebb (1994). Kaplan Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences and clinical psychiatry, Baltimore: Williams and Wilkins.

32- Isobel Heyman et al., (2001). Prevalenc of obsessive-compulsive disorder in British nationwide survey of child mental health. British Journal of Psychiatry,179:324-329.

33- Ivaro Andrés et al., (2006). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Colombia adolescents and its association with working while going to school.

www.iacapap2006.com/abstract/536.htm

34- Jackson, C.W. (1995). Obsessive-compulsive disorder in elderly patients. Drug Aging,7(6): 438-448..

35- Jakob Smari et al., (2007). Psychometric properties of Obsessive Compulsive Inventory-Revised among Icelandic college students. Scandinavian Journal of psychology, 48(2),127-133.

36- James Broatch (2006). The many faces of obsessive-compulsive disorder.

www.healthieryou.com/j61.html

37- James, H. Scully (1990) Personality Disorders, In: James, H. Scully, et al., Psychiatry(2nd ed.), Philadelphia: Harwal Publishing, 235 – 252. Jim Chandler (2006). Obsessive-compulsive disorder.

www.kils.com/chandler/pamphelt/ocd/ocdpamphlet.htm

38- Jim Rosack (2003). For children with OCD, SSRIs show equal efficacy. American Psychiatric Association, 38(23):49.

39- Karno, M. et al., (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch. Gen. Psychiatry, 45(12):1094-1099.

40- Kevin, D. W. and David Watson (2004). Hoarding and its relation to obsessive – compulsive disorder. Behavior Research and Therapy,43(7):897-921.

41- Khashaba, A. et al., (2006). Prevalence and phenomenology of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms in a sample of Egyptian schizophrenic patients compared to non-psychiatric OCD patients. Egyptian Journal of Psychiatric, 5(1): 67-73.

42- Leonard, H.L.(1997). New developments in the treatment of Obsessive- compulsive disorder. J. Clin. Psychiatry, 58 suppl. 14: 39-45; discussion 46-7.

www.biopsychiatry.com/ocdtreat.htm

43- Lesely, M. Arnold (1999). A case series of women with postpartum onset obsessive compulsive disorder. Primary Care Compaion J. Clin. Psychiatry, 1: 103-108.

44- Liebowitz, M.R. et al., (2002) Fluoxetine in children and adolescents with OCD: A placebo-controlled trial. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 41:1431-1438.

45- Linda Meeks- Mitchell and Philip Hiet (1987). Health: A willness approach. Columbus : A Bell and Howell Company.

46- Lindsay, S. J. and Powel, G. E. (1994).The handbook of clinical adult psychology. London: Routledge.

47- Mardi, J. Horowitz (1984). Anxiety Disorders, In : Howard, H. Goldman (editor). Review of General Psychiatry, Lebanon: Librairie Du Liban, 362 – 375.

48- Mark, F. Eddy and Gordon, S. Walbroehl (1998). Recognition and treatment of Obsessive-compulsive disorder. American Academy of family Physician, 57(7).

http://www.aafp.org/afp/980401ap/eddy.html

49- Markus, A. C. et al., (1989) Psychological Problems in general practice, Oxford: Oxfrod University Press.

50- Mehmet Murat Demet (2005) Genetic Findings of Obsessive compulsive disorder. Bulletin of Clinical Psychopharmacology 15(1): 45 – 52.

51- Micheal, T.Nietzel et al., (1998). Abnormal Psychology, Boston: Ally and Bacon.

52- Nadia Kadri et al., (2007). Prevalence of anxiety: A population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Moroco. Annals of General Psychiatry,6:6.
www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1802076

53- Ohta, M.; Kokai, M. and Morita, Y. (2003). Features of obsessive-compulsive disorder in patients primarily diagnosed with schizophrenia. Psychiatry Clinical Neuroscience, 57:67-74.

54- Overbeek,T. et al., (2000). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression :prevalence, symptom, severity, and treatment effect. J. Clinical Psychiatry, 63:1106-1112.

55- Ownby, R. L. (1998). Computational model of obsessive-compulsive disorder: Examination of etiologic hypothesis and treatment strategies. Depress. Anxiety, 8(3):91–103.

56- Paholpak, S. (2002) Clomipramine – resistant, fluoxetine - responsive obsessive compulsive disorder: A case report. J. Med. Assoc. Thai., 85:1135-1138.

57- Perugi, G. et al., (2002) Obsessive- compulsive-bipolar comorbidity: A systematic exploration of clinical features and treatment out come. J. Clinical. Psychiatric. 63:1129-1134.

58- Philip, G. Zimbardo and Ann, L. Waber (1994). Psychology, New York: Harper Collins College Publishers.

59- Ranjit, C. Chacko; Michael, A. Corbin and Robert, G. Harper (2000) Acquired obsessive- compulsive disorder associated with basal ganglia lesions. J. Neuropsychiatry Clinical Neuroscience, 12: 269 – 272.

60- Rasmussen, S.A. and Eisen J.L. (1990). Epidemiology of obsessive compulsive disorder. J. Clin. Psychiatry, 51 Suppl:10-3;14.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2404965?dopt=AbstractPlu

61- Rasmussen, S.A. and Eisen J.L. (1992) The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. Psychiatr. Clin. North. Am. 15(4):743-758.

62- Rector, N. A., et al., (2002) Obsessive-compulsive disorder and the Five-Factor Model of Personality: Distinction and overlap with major depressive disorder. Behavior Research Therapy,40:1205-1219.

63- Robert W. McLellarn (2006). Obsessive compulsive disorder is more common than people realize.

http://anxiety-treatments.com/ocd_common.html

64- Rocco Crino; Tim Slade and Gavin Andrews (2005). The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. Am. J. Pschiatry, 162:876-882.

65- Sarah, C. Aronson (2004). Obsessive- compulsive disorder.

http://www.emedicine.com/med/topic1654.htm

66- Shooka, A. ; al-Haddad. M. K. and Raees, A. (1998). OCD in Bahrain: A phenomenological profile. Int. J. Soc Psychiatry,44(2):147-154.

67- Stanley, M. A. et al., (1999) Clinician-Related Measures of Hair Pulling: A preliminary psychometric evaluation. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 21(2), 157-170.

68- Tolin, D. F. et al., (2002). Thought suppression in obsessive – compulsive disorder. Behavior Research Therapy, 40:1255-1274.

69- Torres A. R. et al., (2006). Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. Am. J. Pschiatry, 163:1978-1985.

70- Vijai, P. Sharma (1996). What causes Obsession, Compulsion?
www.mindspub.com/art070.htm

71- Willam M.Greenberg (2007). Obsessive-compulsive disorder.
www.emedicine.com/med/topic1654.htm

72- Yaryura-Tobias, J. A. (2005) The unified theory ocd Obsessive compulsive disorder
www.cme-reviews.com/cns789-ayaryura-tobias2.html

73- Zebb, B. J. and Moore, M. C. (2003). Superstitiousness and perceived anxiety control as predictors of psychological distress. J. Anxiety Disord., 17:115-130.

74- Zhonghua R. et al., (1998). A family study of Obsessive compulsive disorder, Institution of Mental Health, 10,15 (5): 303 – 306.

الفصل الثامن

بُعدا الغضب وعلاقتهما ببعض أبعاد العدوان

في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية

تمهيد:

يولد الإنسان وعقله صفحة بيضاء، لم يخط عليها انفعال سار أو غير سار، يكون ساعتها كالصحراء الجرداء – إن جاز للباحث التشبيه – التي لا زرع فيها ولا ماء، لا نفع منها ولا عطاء، تنتظر عطاء رب السماء، حتى نجد منها ما ينفع الناس، وإن كان الأمر غير ذلك فلا قيمة لها ولا شراء.

والإنسان حين يولد، لم يعكره كدر الحياة، ولا فعل الإنسان بأخيه الإنسان، ولا فعل البشرية ببعضها جمعاء. لا يرى من الدنيا غير البشر والسرور. يضحك وهو لا يفهم لماذا يضحك؟ يبتسم وهو لا يعي لماذا يبتسم؟.

طفل رضيع، غض، نقي السريرة، خالي الوفاض من الحنق والغضب والكبر والرياء، والتعالي والعدوان، وغير ذلك من سمات لا ينالنا منها – حين نكبر – سوى الانفعال المقيت والتباغض وتدبير المكائد.

آدم – عليه السلام – لم يكن يعي ما يدبر له من "إبليس" – لعنه الله – كان يظن أنه في مأمن، بل لم يكن يفكر يوماً ماذا ينتظره على الأرض، ولو كان يعي، أو أن المولى عز وجل قد كشف عنه الحجاب، وأزاح عنه الستار، وأطلعه على الغيب مما لا يقدر عليه إلا هو - سبحانه وتعالى - لاستمر مكانه، وتشبث بالجنة – بالفردوس الأعلى – حيث لا غضب ولا عدوان، بل سلامة نفس وراحة بال.

والطفل لو وعى، أو تنبأ بما سوف يراه في دنياه، وما سوف تحمل له الأيام، ولو كانت الأمور بيده، ومن حقه أن يختار، لرفض أن يولد، وطلب أن يبقى في الدنيا الأوسع من دنيا الناس، الدنيا الأرحم، إنها رحم أمه، بطنها، حيث كل سبل الحياة الكريمة متوفرة، لا يعبث مع أحد، ولا يعبث معه أحد، سعيداً مسروراً، لا يكيد لأحد، ولا يغضب ولا يعتدي. لا يهمه اقتصاد العالم أو

بلده، لا يهمه إن كان سيحشر ضمن زمرة فقراء العالم، أو المعدومين، أو متوسطي الحال، أو مع أصحاب المال والثراء.

وهو حين يعيش على هذا النحو، أنى لـه بالإضرابات العضوية أو النفسية، وما أكثرها، بل أنى لـه أن يفكر في أن يعبس وجهه معبراً يوماً عن غضب، أو ضامراً عدواناً لأحد. إنه الآن حين كبر يقول "أغيثوني" ولسان حاله يكرر دوماً "من خرج من داره قل مقداره".

حين كبر وجد نفسه يصارع – عبر مراحل العمر – كي يتعلم، أن يكون شيئاً ... شيئاً لـه قيمة ومعنى، وآه لو كان من عينة ذوي ضائقة اليد، وحُرم من التعليم،(فالعين بصيرة، واليد قصيرة)، لن يكون التعليم متاحاً له، لم يعد كما قال عميد الأدب العربي – طه حسين – "التعليم كالماء والهواء" قاصداً، منادياً بأنه حق، فأين هذا الحق؟ وحتى الماء والهواء لا يملكه الفرد، صراع عليهما، قتال فيهما، وما خفي في الغيب كان أعظم وأسوأ سبيلاً.

إنها الحياة، بها الكثير من المنغصات، ونحن بشر نتأثر بما فيها، سار كان أم غير ذلك، وما يتبع هذا وذاك من آثار. كما أنها عملية تأثير وتأثر، فعل ورد فعل، سواء أكان نحو المنحى الإيجابي أم تجاه كل السلبيات، وما يهدد سعادة الإنسان ويهدرها، ويقلق راحته، ويحول بينه وبين رفاهيته فيكون أكثر غضباً، وأكثر عدواناً.

والدراسة الحالية أراد بها الباحث أن يناقش تأثير بعض ما تناوله التمهيد من حيث تأثير الظروف والأحوال الاقتصادية للفرد على الحالة الانفعالية لـه المتمثلة في الغضب عبر مراحل معينة من العمر – كما سيرد بعد ذلك – وكيف تتفاعل عوامل أو متغيرات مثل العمر والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي والنوع في تأثيرهم المشترك على الغضب.

وكذلك العلاقة بين الغضب وبعض أبعاد أو أشكال العدوان، خصوصاً وأن الغضب سابق على العدوان– من وجهة نظر الباحث – ولا يتم العدوان دونه، وحتى ولو تم العدوان وكان لحظي – في التو والحال – دون تمهيد أو سابق إنذار – فمن المؤكد أنه صدر عن نفس غاضبة، نفس غضبت فاعتدت بأي شكل من أشكال العدوان.

والدراسة الحالية عمد فيها الباحث ليس إلى دراسة الغضب كبعد من أبعاد العدوان، لكنه درس الغضب في بعديه: الغضب كحالة والغضب كسمة، وذلك لدى عينتي الدراسة أو البحث الحالي.

وما يهم الباحث في هذا الصدد، قبل أن يتناول دراسة العلاقة – إحصائياً – بين الغضب وكل من بعض أشكال العدوان وبعض المتغيرات الديموجرافية المتمثلة في العمر والنوع والمستوى التعليمي والاقتصادي، أن يعرض إطاراً نظرياً مرتبطاً بموضوع الدراسة الحالية مقسماً على النحو التالي:

الإطار النظري للدراسة:

أولاً: الانفعالات: أهميتها وضرورتها:

لم يخلق الله الإنسان عبثاً، خلقه وهو يعلم سلفاً خلجات نفسه، وخفاياها، وما يعتمل داخلها، يعلم عز وجل مكنونات نفسه، تلك النفس التي كانت وستظل الشغل الشاغل للإنسان بحثاً عما يرضيها، ويسعدها، عما ينأى به معها نحو كل ما يسعد الإنسان، ويسبب له راحة النفس وصفائها، وينحو بها بعيداً نحو آفاق كل انفعالاته فيها يأمل الإنسان معها ألا يكون فيها ما يعكر صفوها من كدر وضيق، من غضب وحنق، من مرض عضوي أو اعتلال نفسي.

خلق الله الإنسان لعبادته فقط، فهو لا يريد منه أن يرزقه، ولا يريد منه أن يطعمه، ومع ذلك انصرف الإنسان عن عبادة الله، وراح يضرب في آفاق المعمورة، يتعلم، يحب ويكره، يفرح ويحزن، يخاف ويأمن، يغضب ويهدأ. راح في عالم ملئ بالضغوط، ضغوط تسلب النوم من العين، وتجعل الإنسان يعيش هدأه الكرى، أخذت يقظته، جذبته كما يقول الشاعر الكبير "كامل الشناوي" من الذرى ورمت به إلى الثرى.

جعلته يعانى حالات من الغم والهم والكمد الأليم، كما تغشاه خبرات من الحقد والحسد والاكتئاب المقيم، وتلازمه في حياته النفسية غيرة مرضية دون بصيرة، ويتنهد في أنين واغتراب نفس كسيرة، وتحاصره مشاعر الذنب فيبقى ملوماً محسوراً، وتستحوذ عليه أحاسيس "النرجسية" فيخال نفسه أسداً هصوراً. (عزت الطويل،١٩٩٥: ٢٧٩)، يصول ويجول، يغضب لأتفه الأسباب، وقد يحول غضبه لعدوان قد يبلغ من الشدة ما لا يمكن للفرد أن يتحكم فيه، ولا أن يوقفه، وقد يؤدى به لمهالك كان في غنى عنها، لو ضبط نفسه، ولو..!!

وهو في غضبه لا يفكر – غالباً – إلا في ذاته، ويظل دوماً في تفكير كيف ينفث عن غضبه خصوصاً إذا لم يتح لـه أن يغضب أو أن يعبر عن غضبه بأي وسيلة أو سبيل. ولأن غضبه قد يكون مكظوماً، فإنه لا ينام، تنتابه اضطرابات متباينة من النوم، من الأرق والسهاد وغير ذلك، مما يسلمه سريعاً للأمراض النفسية أو العضوية. وكل هذا يجعل حياته في توتر دائم، قد يؤدي به في النهاية إلى أن يقع صريع المرض، طريح الفراش، معتل الفكر والصحة والراحة النفسية.

والإنسان لا يغضب أو ينفعل دون دافع ما، فمعظم المشاعر التي نخبرها لا تتضمن دوماً الدافع نحو إشباع حاجاته البيولوجية – كالجوع والجنس –

ولكنها تتضمن أيضا انفعالات أخرى مثل "الفرح والغضب"، وهما - الانفعالات والدوافع - مرتبطان معاً، فالانفعالات يمكن أن تنشط وتوجه السلوك مباشرةً، بنفس الطريقة التي تعمل أو تقوم بها الدوافع. وبرغم التشابه بينهما، فإن كليهما يحتاج إلى أن يتمايز عن الآخر، وأحد أوجه هذا التمايز أن الانفعالات تُستثار من الخارج بينما الدوافع من الداخل.

(Rita, et al., 1993:417)

لقد كانت الانفعال مثار تساؤل لعدة قرون للدارسين للطبيعة الإنسانية، هل هي نوع من الشعور أو التوتر؟ هل هي نمط لاستجابات عصبية فسيولوجية واضحة يستطيع أن يتنبأ بها عالم الفسيولوجيا ويسجلها بأجهزته المتخصصة؟ وهل هي نمط لتعبير خاص على الوجه، أو وضع خاص للجسم، أو لنغمة الصوت التي يستطيع الرجل العادي أن يلاحظها بحواسه.

إن الانفعالات تلعب دوراً كبيراً وهاماً في الصحة الشخصية والصحة الجسمية. ومنذ أقدم العصور والإنسان يدرك تماماً العلاقة بين الانفعال والجسم ودور كل منهما في التأثير على الآخر، بل قد شاع في كل حديث أو شعر الربط بين الجسم بأجزائه المختلفة وبين الانفعال فقالوا "أحبك من قلبي" أو "أكرهك من أعماق فؤادي، أو "احمر وجه فلان خجلاً" أو "علت وجهه الصُفرة" وهكذا.

والعلاقة بين الجسم والاستجابة الانفعالية علاقة معقدة متداخلة، وقد يرجع ذلك لتعدد الأجهزة أو المنظمات الجسمية التي تكون متضمنة في الانفعال. ويزيد المسألة تعقيداً تلك الحلقة المتصلة من العلاقة، وهي حلقة تجعل الفصل بين النفس المنفعلة، وبين الجسم عندما تنفعل داخله النفس، أمراً مستحيلاً تقريباً فلا يمكن مثلاً أن يحزن إنسان بظاهر تقاطيع وجهه، أو أن يفرح من غير أن تكون أحشاؤه في أي من الانفعالين: السار أو المحزن،

كذلك فإن المشتغلين بالعلوم النفسية، خاصة المتعلقة بالانفعالات لا يستطيعون أن يضعوا حداً فاصلاً، أو خطاً واضحاً يفصل بين السبب والنتيجة في الموقف الانفعالي.

أي أن السؤال: هل ينفعل الفرد نتيجة تغيرات حشوية وغددية، هرمونية، أم تتغير وظائف الأحشاء وعملها، وتتغير حالة التوازن الهرموني، وإفراز الغدد نتيجة لما يجده الفرد من انفعال. من أجل هذا وذاك تعددت الآراء، وتباينت النظريات في دراسة العلة والمعلول، وتحديد كل منهما وتعارضت الآراء. (سدني جورارد، ١٩٧٣: ١٧٣؛ محمد أحمد ورجاء محمود، ١٩٧٣: ١٤١-١٤٢)

والحقيقة أن الانفعالات هي كل هذه الأشياء وتحدث في وقت واحد (سدني جورارد، ١٩٧٣: ١٠٣)، وإذا تأملنا القول السابق نجده يتحقق في الكثير من الآراء التي بحثت في موضوع الانفعال وتعريفه، وإن كانت تلك الآراء تتباين بتباين وجهة نظر الباحثين في موضوع الانفعال، كل حسب ميدانه أو مجال موضوع بحثه في الانفعال.

فالانفعال كما يراه (Carole and Carol, 1996: 367) هو حالة مستثارة تتضمن تعبيرات وجهية وتغيرات جسدية ونشاط عقلي وشعور ذاتي وميل نحو فعل ما، وتعريف آخر سار في اتجاه نفس المنحى السابق، حيث أشار (حلمي المليجي، ١٩٨٣: ١٣٨) إلى أن الانفعال اضطراب وتغير في الكائن الحي مصحوب بإثارة وجدانية تتمايز بمشاعر قوية واندفاع نحو سلوك ذات شكل معين، وقد أضاف أنه اضطراب في النشاط العضلي والغددي حيث يُرى انقباض اليد، وتقطّب الجبين، واحمرار العينين أو اتساعهما أو دموع الحزن أو سماع أصوات ضحكات المرح ... الخ.

أمـا (جابـر عـبد الحمـيد وعـلاء كفافـي، ١٩٩٠: ١١١٥ ـ ١١١٦) فقـد أضـافا أن الانفعـال هو نمـط إستجابي معقد من التغيرات في الأنسجة العصبية والحشـوية وأنسـجة الهـيكل العظمــي كاسـتجابة لمثـير. وأن نمـط الاسـتجابة يتناسـب وشـدة رد الفعـل أو الاسـتجابة مـع المثـير الـذي ربمـا كـان سـاراً أو مهـدداً، أو مـن أي طبيعة أخرى. وإضـافة لمـا سبق، ووفق رؤية (عبد المنعم الحفنـي، ١٩٩٤: ٢٦٣)، فالانفعـال ينـزع إلـى الظهـور فجـأة ويصـعب الـتحكم فيـه.

ويـرى الباحـث ــ إن جـاز لــه ــ أن لـيس كـل انفعـال يصـعب التحكم فيه، فـإذا كـان الأمـر كذلـك، فلـنقل علـى الدنـيا السـلام، لأنـه لـو لـم يـتم الـتحكم فـي الانفعـال، لفعل كل إنسـان مـا يحلـو لـه، ومـا لا يحلو له، ما دام لا يمكنه التحكم في انفعالاته كالخوف أو الغضب مثلاً.

صـحيح هـناك مـن لا يمكـنهم الـتحكم فـي انفعـالاتهم، ويسـتغرقون وقـتاً أطول فـي ضبطها ــ إن تمكنوا ــ غير أن هنـاك من الأفراد من تكون انفعالاتـهم هادئـة، أو كمـا يقـال فـي المثل الدارج "باردة". وهذا يندرج قطعاً تحت وجود فـروق فـردية، فكمـا أن الأفـراد يـتمايزون فـيما بيـنهم، كذلـك هـم يتمايزون في التعبير عن انفعـالاتهم، ولـيس هـناك انفعـالات ثابـتة، كما لا يوجد أفراد ثابتين انفعالـيا ومـزاجهم لا يتغير، كذلـك هـناك انفعـالات تكـون بمـثابة حـالات عارضـة تـزول بزوال المثير المسبب للانفعال، وبالتالي لا تكون هناك الحاجة إلى ضبط أو عدم ضبط الانفعال والتحكم فيه.

والانفعـال لـيس كما أشار (عزت الطويل، ١٩٩٥: ٢٨٠) شعور همجي مضـطرب وخلـل عـام يصيب الفـرد كلــه نفسـاً وجسـداً، ويؤثـر فـي تصـرفاته وأفعالــه وخبراتـه الحسـية والشـعورية. فـإذا كـان الأمـر كذلـك فأيـن الانفعـالات

الإيجابية؟ أين انفعالات المرح والفرح والسرور والشجن؟ أين الانفعالات التي تدفع الإنسان دفعاً نحو تغيير مسارات حياته نحو الأفضل والأحسن؟.

إن الإنسان المعاصر قد فُرضت عليه ظروف قاهرة اضطرته إلى الإفراط المخل في ترويض عدوانيته حتى أصبح ذلك خطراً حقيقياً، وقد ذهب "فرويد" إلى تدعيم فكرة "التسامي" كإحدى وسائل الترويض التلقائي اللاشعوري، وإذا كنا نرضى بهذه الحيلة وأمثالها كمرحلة من مراحل النمو، فينبغي ألا نُعلي من شأنها استجابة لمخاوفنا من حقيقة قدراتنا، لأن التسامي – شأنه شأن سائر الدفاعات – رغم نتائجه الحميدة، لا يمكن في النهاية لو استمر أو تضاعف، إلا أن ينتقص من وجودنا الواعي، ويعطل نمونا ويشوه لا محالة تكاملنا.

وإنما البديل الأصح هو إتاحة الفرصة لمثل هذه الغريزة للتعبير المباشر، وإن اختلفت لغة التعبير ليس إلا، والعدوان كانفعال بمعنى التحطيم، وكذلك بمعنى المحافظة على انفرادية الذات، يمكن أن يقوم بدور كامل في عملية الإبداع، فالإبداع يبدأ "بتحطيم" القديم القائم تمهيداً لبناء الجديد الدال في نفس الوقت على تأكيد الذات صانعة الأصالة، وبالتالي فإن الإبداع يحتاج تلقائية ومغامرة لا تحققها إلا غريزة العدوان بشكل مباشر، ولعل أعجز الناس عن الإبداع هم أخوفهم من عدوانيتهم، وأعجزهم في نفس الوقت عن تحوير التعبير عنها إلى إعادة خلق وأصالة. (يحيي الرخاوي، ١٩٧٩: ٢٥-٢٦).

ومن هنا تبرز أهمية الانفعالات ومنها العدوان والغضب والمتغيرات المرتبطة بهم، وحتى لا يبقى الإنسان محنطاً في موقف انفعالي سلبي لا تغير معه ولا تغيير.

إن اختلاف التعريفات حول ماهية الانفعال وطبيعته، إنما ترجع إلى اختلاف التوجهات النظرية لعلماء النفس وغيرهم، لكن باتفاق عام على أن

الحالة الانفعالية هي رد فعل مركب ينطوي على مستوى عال من التنشيط والتغيرات الحشوية، وأنه تصاحبه مشاعر قوية أو أحوال وجدانية. فالمشاعر خبرات شعورية تنشطها إما التنبيهات الخارجية، وإما أحوال جسمية متنوعة.

نحن نشم الورود، ونخبر الرائحة السارة. مذاق السكر لذيذ، وبالمثل: الكثير من التنبيهات الحسية هي فعلاً سارة ولذيذة والكثير منها من الناحية الأخرى غير سار بل مؤلم، والانفعالات – بشكل عام – أكثر من مجرد المشاعر وتشمل الكائن ككل، فبينما شعورة "الغضب أو التضايق الخفيفة" قد تمر دون أن يلحظها الغير، يصحب الغضب المغيظ من التغيرات الحشوية والتعبيرات السلوكية ما يجعله قابلاً للتمييز بوضوح حتى للملاحظ العابر. (كمال دسوقي، ١٩٨٨: ٤٧٠)

ثانياً: انفعال الغضب:

الغضب من الانفعالات العالمية، فما من مخلوق – من وجهة نظر الباحث – إلا وانتابته حالات متباينة من الغضب، تماماً مثلما نرى أن السعادة عالمية والحزن كذلك، وما يرتبط بكل هذا من انفعالات لا تقتصر على ثقافة دون ثقافة، ولا مجتمع دون مجتمع.

وانفعال الغضب برغم سواده بين الناس كافة، إلا أن الباحث – من وجهة نظره – يرى أن صور التعبير عن الغضب، أو إطلاق العنان للتعبير عنه أو كظمه، فعلاً كان أم قولاً، أم تعبيراً ولو كان وجهياً، تختلف من بيئة إلي أخرى ومن مجتمع إلى آخر، ومن أسرة إلى أخرى.

فمجتمعاتنا الشرقية تسمح بالتعبير عن الغضب ولكن بحدود، فالطالب من حقه أن يغضب من أستاذه، وليس من حقه أن يعبر عن غضبه بالتلفظ بألفاظ لا تليق بحق الأستاذ، فهناك حدود وآداب ومعايير.

والغضب لدى الأب غير الغضب لدى الابن، فنواتج التعبير عن الغضب مثلاً من الأب تجاه الابن تصدر عندما يأتي الابن بفعل يغضب الأب، ويكون له الحق – وفقاً للتنشئة الاجتماعية والدينية السائدة – أن يعاقب الابن وليس العكس. كما أن التعبير عن الغضب بين الأصدقاء مثلاً يختلف عنه بين الأخوات داخل الأسرة. كما يختلف في بدايات العمر عنه في نهايته، وعلى المستوى الثقافي نفس الحال، فالتعبير عن الغضب لدى المصريين ليس هو كما لدى الأمريكيين أو اليابانيين، وغيرهم. وعلى المستوى العربي تختلف مستويات الغضب لدى المصريين عما لدى القطريين، أو غيرهم من العرب عبر مراحل العمر سواء في الطفولة أو المراهقة أو الشيخوخة. وهذا ما تكشف عنه الدراسات السابقة المتضمنة في هذه الدراسة.

مفهوم الغضب:

أولا: تعريف الغضب:

يعتبر الغضب أحد الانفعالات الأساسية للإنسان و للكائن الحي عموماً، وهو رد فعل لانفعال داخلي غير مخطط له من قبل، ورغم كثرة تناوله في التراث السيكولوجي، إلا أن هذا المفهوم ظل لفترة طويلة يشوبه الغموض، ويساء فهمه، وكثيراً ما يحدث خلط بينه وبين المفاهيم الأخرى المرتبطة به، كالعدائية والعدوان . ويرى "سبيلبرجر وسدمان" أن الغضب والعدوان والعدائية تمثل زملة مترابطة يحتل الغضب فيها لب هذه الزملة. (Wayne,1997؛ عبد الفتاح القرشي،١٩٩٧؛Constance, 1995)

والغضب مثله مثل غيره من المفاهيم السيكولوجية السلبية كالقلق والاكتئاب، والأخرى الإيجابية كالأمل والسعادة، وغيرها من المفاهيم النفسية التي لها تعريفات متعددة، فالغضب له أيضاً العديد من التعريفات المتعددة

التـي تصنفه وتحدده. فبعض تلك التعريفات ترى الغضب من منظور إيجابي باعتباره المظهر الإيجابي لغريزة الدفاع عن النفس، أو لغريزة حفظ البقاء الفردي(جميل صليبا، ١٩٨٤: ٢٥٧)، والبعض يراه من منظور سلبي، ينتهي بتدمير إما الذات أو الآخرون أو الأشياء، وكذلك هناك من يُعرف الغضب في ضوء التغيرات الفسيولوجية التي تصاحب هذا الانفعال بوصفه شئ ما يحدث داخل الجسم، ومنهم من يعرفه من المنظور المعرفي بوصفه انفعال أو شعور يتسم بالاستياء والغيظ، وإن هذا الشعور يعتمد على كيفية إدراك الفرد وتقييمه للحدث وتفسيره له، أو الموقف الذي يتعرض له، وأن أنماط التفكير الخاطئة والسلبية هي التي تدفع الفرد إلى الغضب.

١- التعريف اللغوي للغضب:

قبل أن نتعرض إلى التراث السيكولوجي فيما يتعلق بتعريف الغضب، يجدر أن نتناول بداية تعريفه في ضوء التعريف اللغوي للغضب، حيث يعرف الغضب لغوياً كما يلي:

١- (غَضِبَ) عليه- غَضَباً : سخط عليه. فهو غَضِبٌ، وغَضْبَانٌ. (ج) غِضَابٌ ، وهى غَضْبَى . (ج) غَضَابى.

ويقال : غَضِبَ لفلانٍ : غَضِبَ على غيره من أجله.

٢- (أَغْضَبَهُ) : حَمَلَه على الغَضَبِ . (غَاضَبَ) فلاناً: هَجَرَه وتبَاعد عنه.

٣- (الغَضَبُ) : استجابة لانفعال تتميَّز بالميل إلى الاعتداء.

٤- (الغَضُوبُ): الكثيرُ الغَضَب. (مجمع اللغة العربية،٢٠٠١: ٤٥١)

٢- التعريف السيكولوجي للغضب:

بمراجعة التراث السيكولوجي – حسب حدود علم الباحث – نجد أنه يمكن النظر إليها على النحو التالي:

أ- الغضب كشعور أو انفعال إنساني:

نظرت هذه التعريفات إلى الغضب باعتباره انفعال إنساني يخبره كل الناس، وهو خبرة شعورية غير سارة، وقد يكون انفعالاً إنسانياً طبيعياً وصحياً، يخبرنا أن هناك شيئاً ما خطأ، نحتاج لإصلاحه، ومن خلاله نعطى الطاقة والدافعية لحل المشاكل وإيجاد الحلول. ولكنه قد يكون مدمراً ومؤذياً للعلاقات بين الأفراد، ويسهم في انحراف الصحة، وعندما يصل إلى أن يكون مزمناً لا يمكن التحكم فيه يكون مدمراً حتى لعلاقات الحب في المنازل. (Harry Mills,1995 ; Ron,1994)

وهو مثله مثل الانفعالات الإنسانية الأخرى كالحزن والخوف ناتج عن تفاعل العديد من العوامل الاجتماعية والنفسية والفسيولوجية، يتسم بأنه انفعال قوي نشط active وأنه فعال potent، فهو ليس كالحزن الذي يتسم بأنه غير نشط وبأنه غير فعال impotent ، يكون فيه الفرد سلبياً متقوقعاً داخل نفسه فقط، وانفعالاته في الأغلب داخلية. وأخيراً فهو كحالة انفعالية بشرية، تعد كدافع لسلك سلوك معين للدفاع أو الهجوم أو الحماية استجابة لتهديد أو تحد ما (Beth, 1999). مع الأخذ في الاعتبار أن الغضب – كانفعال غير سار – قد يتولد نتيجة الخلط في تحديد الأهداف، حيث يندفع الفرد في أكثر من اتجاه ويسير دون أن يحقق حتى هدف واحد.

(Virginia,1995: 239)

ب - الغضب كاستجابة انفعالية:

ويقصد بها أن الغضب لا يكون بسبب كونه شعوراً طبيعياً، لكنه يحدث نتيجة لحدوث عوامل أخرى تتطلب أو تستدعى رد فعل ممثل في غضب الفرد سواء أكان هذا الغضب حاداً أم كان غضباً انفعالياً عابراً، وذلك رداً على

مواقف لا يمكن السكوت عليها، فالغضب هنا موجه، لـه هدف، ولـه ما يثيره، ولـه علامات وتعبيرات.

ومن هذه التعريفات من عرف الغضب بأنـه "استجابة انفعالية تثيرها إهانة، أو تدخل في شئون المرء، تتميز بتقطيبات وجه معينة ظاهرة، وبردود فعل ملحوظة من جانب الجهاز العصبي المستقل، وبفعاليات هجوم أو دفاع رمزية صريحة أو خفية".

والاستجابة الانفعالية – قد تكون حادة – يثيرها أي من عدة مواقف تنبيه، منها التهديد والعدوان الظاهر، والتقييد، والهجوم الكلامي، أو خيبة الأمل أو الإحباط، وقد يكون اختلالاً انفعالياً عابراً، أما سورته rage فهي الغضب الذي لا تحكُم فيه. والعداوة hostility حالة كون المرء عدواً، بدوام قليل أو كثير تميزها مشاعر الغضب، ومثلها العداء animosity و animus. أما الكراهية والكره hate فينطويان على شعور عاطفي أبلغ تعقيدا بكثير، فيه تنتظم عدة ميول استجابة تجاه الموضوع عما يتماشى مع الاتجاه الرئيسي للغضب. مثال ذلك: "الفرح" الذي تشعر به لانتحار الشخص "المكروه". (كمال دسوقي،١٩٨٨: ٩٩)

كما عُرف بأنـه:" استجابة تدل على التوتر والعداء يثيرها الإحباط والقيد والتهديد والملاحظات المحقرة وعدم العدالـة ونقص الإنصاف أو التمييز. ومشاعر الغضب تتضمن استجابات قوية من الجهاز العصبي المستقل مثل زيادة في ضغط الدم، والتنفس ونبضات القلب، والعرق وإفراز سكر في الدم، وجميع هذه الاستجابات تهيئ الكائن الحي للعراك. وتعبيرات الغضب تختلف من شخص إلى آخر، ومن عمر إلى آخر، وتتراوح ما بين النوبات الانفعالية والضرب والركل والعض والعناد في السنوات المبكرة من العمر، إلى المضايقة والسخرية والفظاظة والسب خلال سني المدرسة، إلى

مضغ المظالم والملاحظات الساخرة واللاذعة واستخدام ميكانيزم كبش الفداء scapegoat والسب وعدم الاستقرار والسخط المبرر أخلاقياً في الأعمار المتأخرة". (جابر عبد الحميد وعلاء كفافي،١٩٨٨: ١٨٩)

وفي تعريف ثالث تطرق في تعريفه للغضب كاستجابة انفعالية، أنه ميز بينه وبين الكراهية، حيث عرف الغضب بأنه: "استجابة انفعالية حادة، تثيرها مواقف التهديد أو العدوان أو القمع أو السب أو الإحباط أو خيبة الأمل، ويختلف الغضب عن الكراهية لأن الغضب قصير الأمد، ولكن الكراهية تستمر طويلاً؛ وتدفع المرء إلى الاستجابة بالهجوم إما بدنياً أو لفظياً. (عبد المنعم الحفني،١٩٩٤: ٥١)

وأخر التعريفات رأى أن الغضب -كاستجابة انفعالية- إنما يحدث نتيجة للضغوط التي يتعرض لها الفرد، حيث عُرف الغضب بأنه: "استجابة انفعالية نتيجة متطلبات ضاغطة يشعر بها كل فرد، وأن الناس متساوون بها، من حيث النوع إلا أنهم يختلفون بين بعضهم في الدرجة، ويكمن الفرق بين الناس حسب المواقف المثيرة للغضب لديهم، حتى أن أساليب التعبير عن الغضب تتباين بين فرد وآخر، فالمواقف التي تثير الغضب عند فرد قد لا تثير الغضب عند غيره".(أديب الخالدي،٢٠٠٢: ٢٤٢)

جـ- الغضب كاستجابة فسيولوجية:

عندما يغضب الفرد ولا يتمكن من التعبير عن غضبه بطريقة صحية، فقد تحدث له تغيرات نفسية وعقلية ضارة، كما لا يمكنه أن يركز على الأشياء الأخرى من حوله، أو أي شئ أخر، وقد تحدث تغيرات عضوية تتمثل في زيادة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، واضطرابات معدية، وغير ذلك. (Linda and Philip,1987: 93)

وعدم التركيز حال الغضب، الذي يجعل الفرد لا يرى كل ما يدور حوله بوضوح، جعل من أشار إلى القول بأن الغضب: أن ترى الإشارة حمراء في حين أنها خضراء. فالغاضب يدرك الخطر حيث لا خطر، وهو يُعرف الغضب بأنه "حالة انفعالية مؤلمة تتميز باهتياج فسيولوجي عال، حيث يزداد النبض، ويزداد التنفس، وتضيق حدقتا العينين، ويندفع الدم إلى العضلات المستطيلة في الجسم التي تحرك العظام، وتفرز الغدد الأدرينالينة هرموناتها". (فرانك برونو، ١٩٩٣: ٥٣)

كما أشير إلى أن الغضب "حالة استثنائية فيزيولوجية توجد من تصرفات مقصودة أو متخيلة تبلغ أوجها في إحداث آثار ضارة بشخص آخر". (كولز، ١٩٩١: ٢٢٣)

وكذلك أشير إليه بأنه "انفعال سيئ، غير مريح، يصاحب الرغبة في الاعتداء والتدمير و إنزال الضرر بالآخرين أحياناً. ويصاحبه تغيرات فسيولوجية تستهدف تهيئة الجسم بالقوة والطاقة اللازمة للاعتداء وإشباع دافع الغضب كارتفاع السكر في الدم (حتى يحترق مكوناً طاقة)، واندفاع الدم إلى العضلات (حتى تقوى على إنجاز المطلوب منها في حالة الاعتداء)، وزيادة درجة التجلط في الدم (حتى إذا تعرض الفرد لجروح أثناء مقاومة اعتداءاته لا يستمر نزف دمه كثيراً حفاظاً على حياته).... الخ كما أن للغضب مظاهر خارجية أيضاً تظهر على ملامح الوجه وتغير لونه واهتزاز بعض أطراف الجسم وضعف السيطرة عليها. (فرج عبد القادر طه ١٩٩٣: ٥٧١).

د ـ الغضب كمكون معرفي:

من هذا المنظور نُظر إلى الغضب بأنه: "حالة انفعالية تتحدد بوجود إثارة فيزيولوجية وعنصر إدراكي (معرفي)، وأن العلاقة أو العنصر الإدراكي لا يُشترط أن يكون غضباً بالمعنى الدقيق، بل قد يكون هذا العنصر على

مستوى لفظي أشبه بتعابير: إنسان مُنزعج أو مُتهيج، أو مُثار، ثم إن بعد العنصر الإدراكي قد يكون في صورة العاطفة الذاتية للحالة الانفعالية، فعندما نقول أن إنساناً ما غاضب، فهذا يعني أن هناك نزوعاً عدوانياً يقترن بحالة الغضب، أي حالة إدراكية وسلوك في وقت واحد. فالنزوع نحو الهجوم، أو التخريب، أو إلحاق الأذى بسلوك حقيقي، أو بفعل تخيلي هو ما يميز الحالة الانفعالية كحالة غضب عن غيرها من الحالات.(أديب الخالدي،٢٠٠٢: ٢٤٥)

هذا وتتحد حالة الغضب – بمتغيرات ثلاثة من بينها المتغيرات الفسيولوجية والمعرفية، نذكرها فيما يلي:

أولاً: المتغيرات الفسيولوجية: فالغضب الفسيولوجي غضب طبيعي – كما سبق وأشير من قبل – ففي المواقف المهددة عندما يعتدي علينا أحد بدنيا، فإن أجسادنا تستجيب للغضب بشكل فسيولوجي.

ثانياً: المتغيرات المعرفية: وهي تعتمد على كيفية إدراكنا للغضب، والإدراك قد يكون دقيقاً، وقد لا يكون، بمعنى أن هناك مواقف ندرك معها التهديد على نحو عقلي، وهناك مواقف يكون إدراكنا فيها للمواقف المهددة متخيلاً أو وهمياً.

ثالثاً: المتغيرات السلوكية: وهي ما يأتينا من البيئة التي نُوجدها لأنفسنا، فأصحاب الغضب غالباً ما يُهيئون المناخ الذي يجعل الناس في النهاية يميلون إلى العدوان. (Phill , 2003)

وبعد ما تم عرضه من تعريفات يعرف الباحث الغضب كما يلي:

"الغضب انفعال إنساني موقفي، يحدث كرد فعل لانفعال داخلي – غير مخطط له من قبل – نتج عن مثيرات خارجية سواء ما يتعلق منها بالفرد (كأن يتعرض للإهانة أو التحقير والتقليل من الذات أو التهكم وما شابه ذلك)،

أو بذويه (كأن تتعرض أسرته أو من يهتم بأمرهم للاعتداء بأي صورة من صوره) أو بالمجتمع (نتيجة ظروف اقتصادية أو حياتية غير مواتية وما قد يهدد المجتمع ذاته). وردود أفعال الغضب قد تكون بسيطة، كالتعبير عن الغضب بالوجه فقط، أو أن تستخدم أساليب هجومية خفية أو صريحة. وقد تكون حادة أو عنيفة لا يؤمن عواقبها، ولا يمكن التحكم فيها وفيما يمكن أن تخلفه من آثار مدمرة على الفرد أو الغير أو الأشياء".

ثانيا: الغضب ومثيراته: الأسباب والتفسيرات:

جذور الغضب قد توجد في خبرات الطفولة المبكرة، وفي نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية يعتبر "الهو id" أي الذات البدائية الولادية هي مصدر العدوانية. والأنا الأعلى أو الذات الأخلاقية التي تنشأ نتيجة خبرات التنشئة الاجتماعية، قد لا تنمو بالقدر الكافي نتيجة قصور في عملية التنشئة الاجتماعية، وفي تلك الحالة يمارس الهو الكثير من التأثير على شخصية الراشد، ويعبر عن نفسه بسهولة شديدة.

ويعتبر الشخص ذو الغضب المزمن من منظور التحليل النفسي "حالة إعاقة في النمو الانفعالي". ويتضح هذا أيضاً في الأقوال العادية المألوفة – كما ما سبق وتقدم – "إنه مجرد طفل كبير" أو" أتمنى لو أنها ناضجة "أو" إنها مجرد مزعجة".

وإذا نشأ الطفل في أسرة تسمح لأفرادها بسورات الغضب غير المنطقية؛ فإن التعلم بالملاحظة Observational learning، يمكن أن يلعب دوراً في ميل الطفل نحو الغضب المزمن، فالطفل قد يقلد سلوك الوالدين والأخوة الأكبر سناً، ويكون ذلك الشخص عند البلوغ قد أعطى تصريحاً ضمنياً وهو طفل أن يعبر عن حفزاته العدوانية دون تقييد كاف. وقد يكون الطفل أو المراهق متنمراً أو مستأسداً على أقرانه، لفظياً أو بدنياً، وكثيراً ما

يؤدى ذلك السلوك إلى تخويف الآخرين ومن ثم يكون لـه مكاسب على المستوى السيكولوجي القصير المدى، وإذا كان الأمر كذلك؛ فإن ذلك السلوك يتعزز ويصبح سمة من سمات الشخصية. (فرانك برونو،١٩٩٣: ٥٦-٥٧)

والأسرة كما سبق و أشير عندما تسمح لأطفالها بالتعبير عن الغضب غير المنطقي، تجعلهم دائما وعلى طول الخط غاضبين، لكنها في أساليب معاملتها الوالدية السلبية عند تنشئة الأطفال تتسبب في جعلهم يميلون للغضب، ويتمثل ذلك في استبداد الوالدين بحرمان الطفل من شيء اعتاد الحصول عليه، أو على ما يفرضانه عليه بدرجة مبالغ فيها لطاعتهما.

بالإضافة إلى الخلافات الأسرية أو توتر الجو العائلي حيث تغلب التوترات الانفعالية والخصومات والمشاجرات، وكذلك التعامل مع الأطفال بشكل يتسم بالظلم وعدم العدالة. وخلاف ذلك فإن عصبية الوالدين وثورتهما أو ميلهما الدائم للثورة والغضب في وجه الطفل، تؤدي حتماً إلى عصبية الأطفال وثورتهم وغضبهم أيضاً لأتفه الأسباب، ويظل ذلك ملازماً لهم طوال عمرهم كما سبق وتقدم.

وليس هذا فتعدد السلطات الضابطة لسلوك الطفل كالأجداد والأعمام أو الأخوال والأب أو الأم أو كليهما، كل منهم يستخدم ما لـه من سلطات في توجيه الطفل ونقده، كل هذا من شأنه أن يجعل الطفل في صراع ولا يعرف من يطيع ومن لا يطيع، وهذا يجعله دوماً في حالة غضب مستمرة. والنمذجة الوالدية لها دور فعال في إحداث الغضب، فغضب الوالدين وثورتهما لأتفه الأسباب في وجه الطفل تؤدي إلى عصبية الأطفال وثورتهم وغضبهم أيضاً، فالأطفال يتخذون من الآباء نموذجاً يقتدون به في سلوكهم والتعبير عن انفعالاتهم. (حسن مصطفى،٢٠٠١: ٤٧٠-٤٧٣)

ثالثا:الإحباط كسبب من أسباب الغضب:

يحدث الغضب بسبب الإحباط المرتبط بموقف، ما لم يتمكن الفرد من التحكم فيه أو ضبطه، فالإحباط يعوق الفرد عن تحقيق هدف مرغوب فيه، كما أنه – الإحباط – يحدث بسبب الخلط في تحديد الأهداف، فقد يندفع الإنسان في أكثر من اتجاه دون أن يحقق ولو هدفاً واحداً. (Virginia,1995:234)

ووراء الغضب أسباب أولية وثانوية، الأولية تتمثل في تحكم الأنا في سلوك الفرد فتجعله يغضب دون أن يتحكم في سلوكه، أما الأسباب الثانوية فهي تتمثل في أن الإحباط هو الخطوة التي تسبق الغضب. وأن الإحباطات تنشأ عندما لا نتمكن من تحقيق ما نريد، أو عندما يحدث لنا شيئاً ما، وكنا لا نريده، ويحدث كل هذا بسبب:

١- الاهتمام بالذات أو الأنا.

٢- عدم احترام الآخرين: فكل فرد يعتقد أنه أفضل من الغير، وأنه أهم منهم، وأنه ما لم يكن هناك احترام متبادل بين الأنا والآخر، فإن الأذى أو الضرر سوف يحدث.

٣- عدم الرضا بما لا يسبب السعادة، والسبب أننا نميل إلى ما نريد أكثر مما لا يسبب لنا عدم الرضا.

٤- عدم الصبر، فعلينا أن نعرف أن الأشياء تأخذ وقتاً حتى نصل إلى النتيجة التي نريدها، ولكننا نرفض أن نقف في منطقة وسط، فإما الكل وإما لا شيء. (Ven, 1997)

والطريقة الأساسية لفهم الغضب هي أن نرجع إلى افتراض أن الإحباط يؤدى إلى العدوان، والذي ينص على أن العدوان هو استجابة طبيعية

للإحباط، والإحباط هو حالة تحدث حينما يكون الشخص الواقع تحت تأثير دافع معين عاجزاً عن:

١- الحصول على الهدف المرغوب.

٢- الهروب من الموقف المؤلم أو تجنبه فلو أن الفرد يرغب في أن يترقى بشدة، وذهبت تلك الترقية إلى شخص آخر، فسوف يشعر بالإحباط، ومن ثم يغضب. وقد يحدث الغضب المزمن حين يعتقد الفرد أن الحياة تمطر بسيل لا ينتهي من الأحداث المحبطة سواء أكان على حق في ذلك أم لا.

إن الغضب تستحثه الذات، أو أنه ناتج عنها، إنه ليس رد فعل لموقف بقدر ما هو فعل إرادي، فالشخص يخلق الغضب من خلال تقييماته، واختياراته، ومن ثم فإنه يحتاج إلى تحمل مسئولية غضبه. (فرانك برونو، ١٩٩٣: ٥٨-٥٩)

وخلاف لما سبق هناك من يرى أن العلاقة بين الإحباط والغضب ليست على النحو المذكور آنفاً، فالإحباط وحده ليس عاملاً مباشراً يؤدى إلى الغضب، والناس لا تغضب لمجرد أنها أحبطت، فالإحباط رد فعل طبيعي للظروف والأحداث غير المرغوبة، والتي يكون من نتيجتها فشل الفرد في أن يحصل على شيء ما مما يريد، أو لا يستطيع أن يصل إلى نهاية يرغب فيها. فالغضب الشديد – من ناحية أخرى – هو ما يُخبره الناس عندما يفشلون فيما يعتقدون أنهم يحتاجون إليه، أو يجب أن يحتاجوا إليه. إن الإحباط هنا ما هو إلا استجابة انفعالية لمطالب الإحباط. (Wayne, 1997)

والمصادر أو المثيرات الداخلية للغضب، إنما تأتى من إدراك الواقع بشكل لا عقلاني، وهى تتحدد في بعض أنماط التفكير التالية:

١- التفكير الانفعالي: فالأشخاص الذين يميلون إلى استخدام التفكير الانفعالي هؤلاء يُستثارون أكثر من الآخرين.

٢- ضعف القدرة على تحمل الإحباط: فالضغوط وما يرتبط بها من قلق، تسبب الإحباط، ولذا نبدأ في إدراك أنها تهدد ذواتنا.

٣- التوقعات غير المعقولة: فما يطلبه الفرد ويفوق الواقع يسبب الإحباط، ويسبب الغضب.

٤- تقدير الناس لنا: فعندما يكون تقدير الناس لنا أقل نشعر مما نستحق، فإن هذا يسبب الغضب.

أما المصادر أو المثيرات الخارجية فهي عديدة نذكر منها ما يلي:

١- هجوم شخص آخر علينا.

٢- هجوم شخص على أفكارنا.

٣- وجود شخص ما يهدد احتياجاتنا. (Tristan , 2005)

ويرى الباحث – إن جاز له – أنه على الرغم مما تقدم من عرض للأسباب والجذور والتفسيرات الكامنة وراء حدوث الغضب، إلا أنه قد تظهر أسباب تُحدث الغضب أو تكون هي السبب في حدوثه، فالغضب موقفي مرتبط بالموقف المثير للغضب، والمواقف المثيرة للغضب أو المسببة له، قد تكون من الكثرة بحيث لا يمكن حصرها أو الوقوف على عدد محدد لها.

كذلك السمات والخصائص الشخصية لها دور في الاستجابة للغضب، فهناك أسباب قد تجعل الفرد يُستشاط غضباً، بينما تلك الأسباب قد يستقبلها فرد آخر بسلبية، ربما يحسد عليها، على الرغم من أنها تُلزمه ألا يبقى ساكناً وكأن على رأسه الطير، فالفرد إذا تعدى أحد على ممتلكاته، أو هُتك عرض أحد أفراد أسرته، يغضب غضباً جماً، وربما يرتكب رد فعل مقابل يتسم بالعدوانية والغضب الشديدين، بينما في الوقت ذاته شخص آخر، يرى ما يحدث، يقف يتشدق وكأن شيئاً لم يحدث، وهو يُحدث نفسه أن الأمر مادام

بعيداً عنه فما الذي يدفعه للغضب، هذا الشخص ربما يكون في أوج غضبه ويهتاج إذا اقترب ذاك الموقف منه مجرد الاقتراب أو من أحد من ذويه، أو من غير ذويه، ولكنه يهتم بأمرهم ولا يحب أن ينالهم أذى أو سوء.

والغضب – كحالة موقفية – ربما لا تمتد جذوره للطفولة أو للتنشئة الاجتماعية التي قد يربى فيها الفرد دون أن يسمح له بالتعبير ولو بالتلويح كإشارة – مجرد إشارة – على الاعتراض على موقف ما وليس الغضب ذاته. ومع ذلك هذا الشخص لا يكتسب الغضب، ولا يربى عليه، بل يفاجئ بالموقف ويكون عليه أن يتعامل مع مثيرات الغضب ومسبباته.

رابعا:الغضب: مساوئه وأضراره:

اعْتبر الغضب أحد أكثر خمسة سموم – هكذا نُظر إليه – تضر بالإنسان، وهذه السموم هي: الرغبة – الغضب – الجهل – العُجب – الغيرة. وأن الغضب على وجه الخصوص هو أكثرهم دماراً للإنسان. وقد أشير إلى أن الغضب له آثار مرئية وغير مرئية، فالمرئية منها ما يسبب للفرد الشعور بعدم السعادة، وعدم الارتياح أو الاطمئنان كما تعترى الفرد لحظة الغضب تعبيرات وجهية غير محببة، وهذا يجعل الآخرين يشعرون بعدم الراحة وعدم الرغبة في الحديث مع الشخص حين يكون غاضباً.

والغضب يضعف الروح المعنوية وكذلك الطاقة البدنية، ولا يُمكن الفرد من النوم خصوصاً عندما يصاحبه كراهية شديدة. كما لا يتمكن الفرد من التركيز الشديد حيث ينعدم صفاء العقل. ويفقد الفرد شهيته وقدرته على تناول الطعام، حيث ينصب الاهتمام على وسائل التنفيس عن الغضب والتعبير عنه بالضرر أو الإيذاء، بدنياً أو لفظياً، مما يجعل الفرد ينحط في سلم المدنية ويستعمل لغة خشنة غريبة عن لغته المعتادة وقد يلجأ إلى لغة كان يتكلم بها منذ الطفولة. (سمير عبده ،١٩٨٦:١٩٨؛ Ven, 1997)

والغضب لا يسبب الأضرار السابق ذكرها فقط، فهناك الأضرار الصحية فهو من العوامل الأساسية المرتبطة بالذبحة الصدرية، والتهاب الشعب الهوائية المزمن، وأمراض القلب المزمنة. (Bundy, 1994 ; Mendes,1992)

كما أنه يسبب تصلب الشرايين (Peter, et al., ; Janice, 2006 2000)، وهو والعدائية منبئان بمخاطر مرض الشريان التاجي،والانقباضات أو الاختلاجات العضلية (Janice,et al.,2000 ; Elaine, et al., 2004)، كما أنه قد ينتهي بالسكتة القلبية، أو الانتحار خصوصاً بعد تعرض الفرد لاضطرابات ما بعد الصدمة. Patricia, et al., 2003 ; Kotler, et al., (2001).

خامساً: الغضب وعلاقته ببعض المفاهيم اللصيقة به:

يعد الغضب أحد الانفعالات الأساسية للإنسان والكائن الحي عموما، ورغم كثرة تناوله في مجال علم النفس إلا أن هذا المفهوم ظل لفترة طويلة يعتريه الغموض والخلط بينه وبين المفاهيم الأخرى المرتبطة به، ولهذا من المهم أن نميز بينه وبين بعض المفاهيم المرتبطة به، منها العدائية والعدوان والكراهية.

١- الغضب والعدائية:

الغضب يمثل استجابة انفعالية متزايدة، غالباً ما تظهر على نحو عدواني. بطرق لفظية وبدنية، وبصفة خاصة حينما يُهدد الشخص أو يُهاجم من قبل الغير. أما العدائية فهي حالة انفعالية طويلة المدى، وتظهر كرغبة في إيذاء أو إيقاع الألم بالآخرين، وهذا عكس الغضب والذي يمثّل رد فعل لحظي أو مؤقت. والعدائية غالباً ما تشمل مشاعر الغضب، بالإضافة إلى كونها نظاما

معقدا من الاتجاهات المحفزة للسلوك العدواني نحو تدمير الموضوعات أو إصابة الأشخاص. (حسين فايد، ٢٠٠٤ "أ": ٢١-٢٢)

٢- الغضب والعدوان:

الغضب – من الناحية النفسية – يعنى حالة انفعالية تتضمن كلاً من عزو اللوم لخطأ مدرك والدافع لتصحيح هذا الخطأ. ومن الناحية الاجتماعية، يعمل الغضب كنوع من النظام التشريعي **Judiciary** الذي يساعد على تنظيم العلاقات بين الأشخاص. أما العدوان فهو توجيه الأذى المقصود للآخرين، الذي يكون ضد رغباتهم وليس لصالحهم، وبهذا المعنى يوجد اختلاف بين الغضب والعدوان. كما قد لا يظهر الغضب في العدوان، وهذا ما أشار إليه "باس" في تمييزه بين العدوان الغاضب الذي يثيره الإحباط أو الهجوم من جانب شخص ما، ففي هذه الحالة يكون رد الفعل الشائع هو الغضب والذي عادة ما يتلوه العدوان الذي يُحدث معاناة لفرد ما. أما العدوان الذي قد لا يصاحبه غضب فهو العدوان الوسيطي الذي يمليه التنافس على مركز أو سلطة أو أي شيء آخر يقف موضوعاً للتنافس. (حسين فايد، ٢٠٠٤ "ب": ٢٠٧-٢٠٨).

٣- العدائية والغضب والكراهية:

تتسم التعاريف المتعلقة بالمفاهيم العامة للانفعال والعاطفة بالغموض والبعد عن الدقة والأحكام، ويبدو هذا الغموض بشكل أكثر وضوحاً من خلال مصطلحات مثل التوكيدية **Assertiveness** والعدوان **Aggression** والعدائية **Hostility** والغضب و**Anger** والكراهية **Hate**. وبرغم وجود ميل إلى استخدام العدوان كمرادف لتلك المصطلحات كلها، فإنه من الممكن أن نخصص لها معان متميزة جلية بحيث تجعلها دقيقة في التواصل وتبادل الآراء والأفكار.

فالتوكيد، والعدوان، والعدائية تشير إلى السلوك العلني الصريح، أو الميل إلى السلوك بطريقة معينة، مع اختلافها الرئيسي الكامن في الهدف المتضمن لدى الفرد المتصرف بهذه الطريقة. فالسلوك التوكيدي تعبير قوى عن حقوق الفرد وموهبته وقدرته وأفكاره، ولا يحمل هذا المصطلح أية دلالات أو معان إضافية تتعلق بانتهاك حقوق الآخرين.

من ناحية أخرى فقد عرف العدوان بأنه " استجابة هدفها إيذاء كائن، كما يتضمن "ميولاً تهدف إلى الإيذاء والتدمير، أما مصطلح العدائية Hostility فانه يستخدم عادة لوصف العدوان Aggression الذي ينصب على فرد معين أو أكثر. فكلا المصطلحين – العدائية والعدوان – يعكسان استنتاجات عن نية الفرد وقصده في إيذاء الآخرين.

والغضب Anger – طبقاً لاستخدامه بشكل شائع وكما سبق وتقدم – يشير إلى حالة انفعالية،" فهو حالة استثنائية فيزيولوجية توجد مع تصرفات مقصودة أو متخيلة تبلغ أوجها في إحداث آثار ضارة بشخص آخر، والحالة الشديدة للغضب هي الكراهية، وتنصب على شيء معين شأنها في ذلك شأن العداء. والغضب والكراهية هما عادة النظيران الواعيان المتممان للعدوان والسلوك العدائي. ولكن مرة ثانية، هذه العناصر المختلفة للحالة الانفعالية لا تترابط بشكل ثابت أو تام، إذ يمكن للشخص أن يكون عدوانياً دون أن يشعر بالغضب، كما يمكنه أن يشعر بالغضب دون أن يكون عدوانيا.

(كولز،١٩٩١: ٢٢٢-٢٢٤)

ومن خلال ما تقدم يمكن القول أن العدائية هي مجموعة من المشاعر المركبة مثل الشك والغيرة والحقد والحسد والإحساس بالظلم والكراهية، وأنها تعد المحرك والسبب الرئيسي للعدوانية، والتي تعمل على تنشيطها، ومن ثم يطلق البعض على العدائية اسم العدوان المضمر أو الخفي؛ وذلك

لأنها تتضمن إيذاء الآخرين نفسياً أو انفعالياً دون أن يتضمن ذلك إيذاءً بدنياً، وأن هناك علاقة سببية بين العدوان والغضب، وأن مستوى الغضب يؤثر على مستوى العدوان، وأن مستوى العدوان يتأثر بمستوى الغضب، وأن حدوث العدوان عقب الأحداث الاستفزازية يكون دالة ونتيجة لعوامل التعلم الاجتماعي، وتتضمن هذه العوامل التعزيز والنتائج المتوقعة وتأثير عملية النمذجة، وأن نفس هذه العوامل تؤثر في ظهور العدوان دون أن يتطلب الأمر استثارة الغضب، ولذلك من الممكن أن يصبح الشخص عدوانيا ـ كما سبق وتقدم ـ دون أن يعاني الشعور بالغضب. مثال ذلك الشخص الذي يلحق الأذى بالغير لمجرد حصوله على مكاسب مادية.

وهكذا نرى أنه إذا كان هناك تداخل بين الغضب ومفاهيم العدوان والعدائية، فذلك لأن هذه المفاهيم مختلفة، وتبرز الاختلافات بينهما في أن الغضب هو انفعال، والعدائية هي اتجاه، والعدوان هو سلوك، فالغضب هو حالة انفعالية يمكن أن تكمن وراء كل من العدوان والعدائية، وأن الغضب ليس سلوكاً، أما العدائية فهي تشير إلى اتجاه عدواني يوجه الفرد إلى القيام بالسلوك العدواني، أما العدوان فهو سلوك مقصود يرمى إلى إلحاق الأذى والضرر بالآخرين عن قصد وتعمد.

سادساً: ضبط الغضب والتحكم فيه:

عدم القدرة على التنظيم الذاتي لانفعال الغضب مسئولة بقدر ما عن الاستجابات الاجتماعية غير الملائمة في التفاعلات الضاغطة أو المستفزة، ولتقدير التحكم في الغضب يؤكد (نوفاكو) على الحاجة إلى التركيز على الاستجابات المعرفية والبدنية والانفعالية والسلوكية ، وقد أدى ذلك إلى تطوير برنامج شامل للتحكم في الغضب، يتضمن عدداً من إجراءات التعديل

المعرفي والاسترخاء وطرق التدريب على المهارات الاجتماعية للسلوك الصريح.

ويتم تعليم الأفراد بشكل نمطي كيفية تحديد المواقف التي تميل إلى استثارة الاستجابات الغاضبة، وأن يلاحظوا الاستجابات الفسيولوجية التي تشير إلى المراحل المبكرة للغضب، وما أن تتم هذه الخطوة يتم بعدها تدريب الأفراد (الغاضبون) على وقف الاستجابة، وليس الاستجابة عندما يلاحظون المواقف المثيرة والاستجابات الفسيولوجية، ثم يُدربون على الاسترخاء بعد ذلك، وأن يستخدموا استراتيجيات حل المشكلات التفاعلية (باعتبار الغضب مشكلة من مشكلات التفاعل التي تتطلب العلاج)، وذلك حتى نصل إلى الاستجابة الملائمة اجتماعياً .

وأنه لكي نتحكم في الغضب أو نضبطه، فيجب أولاً أن نحدد مثيرات الغضب، تلك التي تكون بمثابة الشرارة أو الومضة **spark**، التي تكون سبباً في استجاباتنا كردود أفعال لمواقف الغضب. ويلي ذلك أن نتجنب مثيرات الغضب، وأن نغير من الطريقة التي نفكر بها تجاه تلك المثيرات، وأن نقلل من مستويات الاستثارة باستخدام "تقنيات الهدوء" أي باللجوء إلى الوسائل التي تجعل الفرد هادئاً.

(Adrian; Elizabeth, and Peter, 1998 ;Susan, 1994)

سابعاً: لماذا نقيس الغضب:

يكمن اهتمامنا في قياس الغضب من حكمنا عليه كمشكلة انفعالية لابد من تقويمها في ضوء كلا من الشدة والتكرار، وهو ما يتضمن في إطاره طريقة التعبير عن الغضب ومدته، فالحكم على معاناة فرد من مشكلة الغضب ، هو حكم على نتاج ما يمكن تسميته بتحليل التكلفة أو الثمن **cost analysis**، أو بتعبير آخر ما هو الثمن الطبي و النفسي والاجتماعي

والمهني الذي يدفعه الفرد الغاضب أو الذي يتسم بالغضب؟ وهكذا يفيد الغضب في:

١- دراسة تأثيره على الحالة الصحية للفرد.

٢- دراسة تأثيره على النواحي النفسية والعقلية للفرد.

٣- دراسة تأثيره على الأداء المهني والوظيفي، وما يرتبط بذلك من كم وجودة الإنتاج والاستهداف للحوادث أثناء العمل. (محمد السيد وفوقية حسن،١٩٨٨: ١٥)

ثامنا: الغضب والدين: الترغيب الترهيب:

يود الباحث أن يختم العرض النظري عن الغضب برأي الدين فيه، وهو رأي علمي قال به أحكم القائلين – الله عز وجل، وقال به عنه، سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم، والتابعون فسروه وشرحوه، حيث إنه يتضمن في الكثير من جوانبه، الجوانب التي لم يقل بها علماء النفس إلا بعد ذلك بزمن، ومنها على سبيل المثال الجوانب الفسيولوجية للغضب، وبشكل أبرز وأوضح مما قال به علماء النفس.

والآراء السيكولوجية في هذا الصدد، لا تتناول في كثير منها ما يتناوله الدين من نصوص قرآنية ونبوية بخصوص موضوع الغضب، خصوصاً فيما يتعلق بأسبابه وعلاجه، وفيما يلي عرض لذلك:

الغضب عدو للعقل ،وهو كالذئب للشاه، قل ما يتمكن منه إلا اغتاله، وهو من الصفات التي ندر أن يسلم منه أحد، بل تركه بالكلية صفة نقص لا كمال، وهو يُنسي الحرمات، ويدفن الحسنات، ويخلق للبرئ جنايات.

وقد قيل:

وعين الرضا عن كل عيب كليلة.......... ولكن عين السخط تبدى المساويا

كما قيل:

وعين البغض تبرز كل عيب............ وعين الحب لا تجد العيوبا

قال ابن تيمية :

"ما تجرع عبد جرعة أعظم من جرعة حلم عند الغضب، وجرعة صبر عند المصيبة، وذلك لأن أصل ذلك هو الصبر على المؤلم، وهذا هو الشجاع الشديد الذي يصبر على المؤلم، والمؤلم إن كان مما يمكن دفعه آثار الغضب، وإن كان مما لا يمكن دفعه آثار الحزن، ولهذا يحمر الوجه عند الغضب لثوران الدم عند استشعار القدرة، ويصفر عند الحزن لغور الدم عند استشعار العجز".

والغضب يترتب عليه تغير الباطن والظاهر كتغير اللون والرعدة في الأطراف، وخروج الأفعال على غير ترتيب، واستحالة الخلقة، حتى لو رأى الغضبان نفسه في حالة غضبه لسكن غضبه، حياءً من قبح صورته، واستحالة خلقته، هذا في الظاهر، وأما في الباطن فقبحه أشد من الظاهر؛ لأنه يولد حقداً في القلب، وإضمار السوء على مختلف أنواعه، بل قبح باطنه، متقدم على تغير ظاهره، فإن تغير الظاهر ثمرة تغير الباطن، فيظهر على اللسان الفحش والشتم، ويظهر في الأفعال بالضرب والقتل، وغير ذلك من المفاسد.

النصوص الواردة في ذم الغضب:

جاء ذم الغضب صراحة مرة، وضمنا مرة أخرى، وبصيغة الترغيب في ترك الغضب ثالثة، في عدة آيات من القرآن الكريم، وفى سنة نبينا محمد صلى الله عليه وسلم، وفيما يلي نذكر بعض من تلك النصوص:

١- في القرآن الكريم: قال تعالى:"الذين يجتنبون كبائر الإثم والفواحش وإذا ما غضبوا هم يغفرون"[الشورى: ٣٧]

٢- وقال تعالى: "الذين ينفقون في السراء والضراء والكاظمين الغيظ والعافين عن الناس والله يحب المحسنين" [آل عمران:١٣٤]

٣- في السنة النبوية المطهرة:

عن أبى هريرة رضي الله عنه: أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "ليس الشديد بالصرعة، إنما الشديد الذي يملك نفسه عند الغضب"، وعنه صلى الله عليه وسلم أنه قال "من كظم غيظاً وهو قادر على أن ينفذه، دعاه الله على رؤوس الخلائق يوم القيامة حتى يخيره من الحور العين فيزوجه ما يشاء".

أسباب الغضب من الناحية الدينية:

وهى عديدة نذكر منها ما يلي:

١- **العُجب**: فالعجب بالرأي والمكانة والنسب والمال سبب للعداوة، إن لم يُعقل برده ودفعه لأن العُجب قرين الكبر وملازم له، والكبر من كبائر الذنوب، وبالتالي يكون العُجب من لوازم مسببات الغضب وباعث عليه، وفى هذا يقول الرسول (صلى الله عليه وسلم)" ائتمروا بالمعروف وتناهوا عن المنكر حتى إذا رأيت شحاً مطاعاً وهوىً متبعاً، ودنيا مؤثرة، وإعجاب كل ذي رأي برأيه، فعليك نفسك ودع أمر العوام".

٢- **المراء والجدال**: المراء رائد الغضب، فأخزى الله عقلاً يأتيك به الغضب، والمراء سلطان لمن لم يحكم قبضته على لسان حال الجدال، وهو أحد أسباب الغضب إن لم يكن سبباً رئيسياً له. وفى هذا يقول (صلى الله عليه وسلم)" أنا زعيم ببيت في ربض الجنة لمن ترك المراء وإن كان محقا".

٣-**المـزاح**: إن المـزاح بـدؤه حـلاوة لكـن آخـره عـداوة، يحـتد مـنه الـرجل الشريف، ويجترئ بسخفه السخيف، وفى هذا يقول (صلى الله عليه وسلم)" لا يأخذن أحدكم متاع صاحبه جاداً ولا لاعباً".

٤- **بـذاءة اللسـان وفحشـه**: ويكـون ذلـك بشـتم أو سـب أو تـعبير ممـا يوغـل الصـدور، ويثـير الغضـب، وقـد قـال (صـلى الله علـيه وسـلم) فـي ذلـك "إن الله يبغض الفاحش البذيء".

٥- **الغدر وشدة الحرص على فضول المال والجاه**: وفى هذا الصدد يقول (الغزالي) "ومـن أشـد البواعـث علـيه عـند أكـثر الجُهـال تسـميتهم الغضـب شـجاعة ورجولية وعزة نفس وكبر همة".

النصوص الواردة في علاج الغضب دينياً:

لـم يـنزل الله مـن داء إلا وأنـزل معـه دواء، لـذا نذكر بعضـاً ممـا جـاء فـي علاج الغضب من الناحية الدينية:

١- محاولـة الـبعد عـن دواعـي الغضـب وتجنـب أسـبابه : ومـنها الكـبر والتعالـي والتفاخر على الناس، والهزاء والسخرية بالآخرين، وكثرة المزاح ولا سيما في غير الحق، والجدال والتدخل فيما لا يعني.

٢- الاستعاذة بـالله العظيم مـن الشيطان الرجيم عمـلاً بقولـه تعالى "وإما ينزغنك مـن الشيطان نـزغ فاستعذ بـالله مـن الشيطان الرجيم " [الأعراف: ٢٠٠]

٣- التصـاق الإنسـان الغاضـب بـالأرض، عمـلا بقـول الرسـول (صـلى الله علـيه وسـلم)" ألا و إن الغضـب جمـرة فـي قلـب ابـن آدم، أمـا رأيـتم حمـرة عينيه، وانتفاخ أوداجه، فمن أحس بشيء من ذلك فليُلصق بالأرض".

٤- الانشغال وقت الغضب بذكر الله، يقول الله عز وجل"ألا بذكر الله تطمئن القلوب" [الرعد: الآية ٢٨].

٥- تغيير الحالة التي يكون عليها الغاضب، يقول (صلى الله عليه وسلم)، "إذا غضب أحدكم وهو نائم فليجلس، فإن ذهب عنه الغضب وإلا فليضجع".

٦- سرعة الوضوء: قال (صلى الله عليه وسلم)" إن الغضب من الشيطان، وإن الشيطان خُلق من النار، وإنما تُطفأ النار بالماء، فإذا غضب أحدكم فليتوضأ.

٧- كظم الغيظ: يقول المولى عز وجل"والكاظمين الغيظ والعافين عن الناس والله يحب المحسنين". [آل عمران: ١٣٤]

٨- التحكم في الانفعالات وامتلاك النفس عند الغضب: وفى هذا يقول (صلى الله عليه وسلم)،" ليس الشديد بالصُرعة، إنما الشديد الذي يملك نفسه عند الغضب". نايف بن أحمد، ب ت؛ صالح بن على، ٢٠٠٥؛ غطاس إبراهيم النعيمي، ٢٠٠٦)

ثالثاً: العدوان:

قبل أن يعرض الباحث للتعريفات المتباينة للعدوان كفعل ينتهي بإلحاق الضرر أو الأذى بالذات أو الغير أو الأشياء الأخرى الموجودة في البيئة، يهمه أن يتناول هنا التمييز بين أشكال أو أبعاد العدوان خصوصاً التي تتناولها الدراسة الحالية، وذلك حتى نقف على المعنى الفعلى لها قدر الإمكان.

أولا: أشكال العدوان وعلاقتها ببعضها البعض:

١- العدوان والعدائية:

أشير إلى التمايز ما بين لفظي أو كلمتي (عدواني وعدائي) في اللغتين العربية والإنجليزية، بمعنى أن اللغة الانجليزية تنظر إلى الكلمتين على أنهما

متمايزتين، لكن الأمر في العربية لا يعدو أن يكون كذلك، فكلمة العدواني تكون مطبوعة بالصفة السلبية، وأن الشخص الذي يميل إلى تأكيد ذاته من خلال المبادأة قد يكون من وجهة نظر الآخرين عدوانياً، إلا انه ليس كذلك بالفعل. (محيى الدين أحمد،١٩٨٧: ٢٠٦-٢٠٧)

والعدائية غضب تشبثي وإذراء مختلط بدافع قوى للانتقام، ولو أن دفعات الكراهية قد تكون عادية وسوية، وذلك في المواقف التي يشعر فيها الفرد بالإحباط والحرمان والتعصب ضده، فإنها قد تكون أيضاً عاملاً في نوبات القلق والسلوك الوسواسي القهري والاكتئاب والشخصية المناهضة للمجتمع. (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي،١٩٩١: ١٥٧٢)

وهناك من يراها على نحو مخالف لذلك باعتبارها عرض مرضي يكثر ظهوره لدى الأطفال المصابين باضطرابات انفعالية، أو بمشكلات ترتبط بالتكيف الاجتماعي. (رشاد موسى، ٢٠٠١: ١٢٤)، أو أنها ميل إلى الرغبة في إيقاع الأذى بالآخرين، أو الميل للشعور بالغضب، أو هي ميل للإحساس بالغضب تجاه (السعي لإيقاع الضرر) على شخص أو جماعة. (كمال دسوقي، ١٩٨٨: ٥٦٠)

٢- العلاقة بين العدوان والعداوة:

في تساؤل عن أبعاد السلوك عن ما هو الفرق بين العدوان والعداوة؟ وهل العداوة مكون من مكونات العدوان أم لا؟ ذكر أن العدوان عبارة عن أفعال صريحة توجه فيها أحداث الكراهية (اللفظية والبدنية) للآخرين، أما العداوة فهي مكون اتجاهي وإدراكي ووجداني، وليس من الضروري أن تتبدى في صورة أفعال صريحة.

وأنه على الرغم من أن العدوان والعداوة يُظهران ارتباطاً واضحاً، فإنه من الممكن أن يتباينا لدى الفرد الواحد؛ فالأفراد الذين يسلكون سلوكاً عدوانياً

ربمـا يتباينـون فـي مستوى العداوة التي يشعرون بها، والعكس صحيح فربما يشعر الفرد بمستوى مرتفع من العداوة، ولكنـه لا يفصح عن نفسـه في أي شكل من أشكال السلوك العدواني.

٣- العلاقة بين العدوان اللفظي والعدوان البدني:

صاغ (ستيستس Stests) تلك العلاقة النظرية في ثلاثة مناح هي:

المنحى الأول: مؤداه أن العدوان اللفظـي ربمـا يعد بديـلا للعدوان البدني. وضَرب مثالاً علـى ذلك بـأن العلاقـة الحميميـة بيـن الزوجيـن قد يشوبها بعض المشـاعر السـلبية، فبدلاً مـن حدوث العدوان البدنـي بين الزوجين تم التنفيس عن ذلك بصورة لفظية، وهو ما يسمى بنظرية التنفيس أو التطهير.

المـنحى الـثاني: مؤداه أن العـدوان اللفظـي والعـدوان البدنـي ظاهـرتان متمايزتـان تقـف وراءهمـا أسباب مختلفة. ففي ضوء هذا المنحى يمكن تصور العلاقـة القائمـة بين العدوان اللفظي والعدوان البدني غلى أنها عملية مرحلتين أو خطوتين. ففـي المـرحلة الأولـى، ونتيجة لعوامل معينـة، تحـدث حـركة مـن السلوك غير العدوانـي، إلـى السـلوك العدوانـي اللفظـي، بينما نجد في المرحلة الثانـية، أن الأفـراد الذيـن يسـلكون عدوانـاً لفظـياً سـوف يسـلكون ـ كذلـك ـ عدواناً بدنياً.

المـنحى الثالـث: يفـترض أن العـدوان اللفظـي والعـدوان البدنـي شكلان لظاهـرة واحـدة هـي: العدوانـية، وهـذه العدوانـية تـتوزع بصـورة اعتدالـية فـي الجمهـور العام. وسـواء استجاب الفرد بأسلوب عدوانـي لفظي أو عدوان بدنـي، فإنـه يمكـن تفسـير ذلـك بمفاهـيم المحـددات الموقفـية للعدوان، وخصوصـاً قـوة التحـريض علـى العدوان ودرجـة التداخل، مـع تعاقب الاستجابة، وعدد إعاقات تعاقب الاستجابة. (معتز سيد وصالح عبد الله ، ١٩٩٥)

ثانيا: تعريف العدوان:

عُرف العدوان بأنه فعل ما مقصود (متعمد) غرضه إلحاق الأذى أو الضرر بشخص آخر.

(Philip and Ann, 1994:28 ؛Donn and Kathryn, 1981:169؛ (Douglas, et al, 1988:671

كما عُرف بأنه: سلوك يُتوجه إلى الغير غالباً، ويقصد به أن يعانوا منه نفسياً أو مادياً، وقد يتحول به الشخص إلى نفسه فيلحقه منه الضرر وقد يصيبه الدمار. (عبد المنعم الحفني،١٩٩٩: ٩٤). أو هو سلوك مدفوع بالغضب والكراهية أو المنافسة الزائدة ويتجه إلى الإيذاء والتخريب أو هزيمة الآخرين، وفى بعض الحالات يتجه إلى الذات. (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي، ١٩٨٨: ١٠٠). ويقصد به من وجهة نظر مغايرة قليلاً بأنه " فعل عدائي يأتي كاستجابة يُرد بها على الخيبة والإحباط والحرمان، وذلك بأن يهاجم مصدر الخيبة أو بديلاً عنها. (رشاد علي، ٢٠٠١: ١٨؛ أسعد رزوق، ١٩٧٩: ٢٠٦).

ومن وجهة نظر التحليل النفسي، فهو النزعة أو مجمل تلك النزعات التي تتجسد في تصرفات حقيقية أو هوامية،وترمي إلى إلحاق الأذى بالآخر، وتدميره، وإكراهه، وذله...الخ.. وقد يتخذ العدوان نماذج أخرى غير الفعل الحركي العنيف والمدمر؛ إذ ليس هناك من تصرف، سواء أكان سلبياً (كرفض العون مثلاً) أم إيجابياً، رمزياً (كالسخرية مثلاً) أو ممارساً فعلياً،لا يمكنه أن ينشط كسلوك عدواني.

(جان لا بلانش وبونتاليس،١٩٨٥: ٣٢٢-٣٢٣)

وبعد ما تقدم من تعريفات عديدة، جاء عرضها هنا، وما أطلع عليه البحث من تعريفات لم يأت ذكرها بالدراسة، يضع الباحث التعريف التالي للعدوان: "العدوان سلوك انفعالي موقفي يصدر عن الفرد، مصحوب بفعل يوسم بأنه عدواني، سواء أكان لفظيا أم بدنياً أم مادياً أم ضمنياً ـ صريحاً أم غير صريح- وهو ناشئ عن انفعال داخلي سببه الغضب من مثيرات خارجية تتراوح شدتها من البسيطة ـ كالسخرية أو التهكم أو بغض الحياة- إلى الشديدة ـ كالاعتداء على الذات أو الأملاك ـ يترتب عليها إلحاق أذى بدني متعمد ضد الذات أو الغير، أو ضد الأشياء، أو ضد المستضعفين في منطقة نفوذه حين لا يستطيع توجيه العدوان ضد مصدره الحقيقي".

هذا ويكمن وراء العدوان معان ودلالات لا يمكن أن يوفيها تعريف واحد، منها ما يلي:

١ ـ الحضور والوجود بمبدأ خالف تعرف.

٢ ـ تحقيق القدرة وتأكيد الذات.

٣ ـ تدريب المهارات والقدرة لكي يكون مستعداً في الوقت المناسب للدفاع عن بقائه ووجوده وتأكيد ذاته.

٤ ـ العدوان يعنى مقاومة الحقيقة والصدق، فكثيراً ما يكبت الإنسان بعضاً من رغباته ودوافعه لأسباب عديدة، منها الخوف من العقاب أو من فقدان الحب، أو درء المهانة أو تحقيقاً لأمر غير مشروع أو مقبول أخلاقياً أو اجتماعيا. ومن هنا يقاوم الشخص أي محاولة لكشف ومعرفة المخبوء من نزعاته ودوافعه سواء بالنسبة لنفسه (احتراماً أو حباً لها) أو بالنسبة للآخرين.

٥ ـ العدوان يعنى الحاجة إلى الحرية. وهو يكثر لدى المجتمعات المحرومة من الحرية، وهذا النوع قد يتحول من عدوان سوى (دفاعا عن الحرية والبقاء) إلى عدوان مرضي هدام. وما أكثره هذه الأيام.

٦-العدوان قد يعنى الانتقام: كما بين الأفراد أو الأسر أو القبائل والجماعات بل والحكومات.

٧-للعدوان صور أخرى ضد الغير منها العدوان التعذيبي اللاذ (السادية)، ومن أمثلة التلذذ بتعذيب الآخرين، خصوصا ضد من لا حول لهم ولا قوة، كالأطفال والنساء والمساجين، وكما هو الحال في حالة التفرقة العنصرية (البيض والسود). (سعد المغربي،١٩٩٣: ١٣٠-١٣٧)

ثالثا: نظريات تفسير العدوان:

قيل في تفسير العدوان نظريات كثيرة، اعتبره بعضها سلوكا فطريا، يولد الإنسان به، ويأتيه بحكم تكوينه الفسيولوجي والبيولوجي، واعتبره البعض الأخر سلوكا مكتسبا، يتعلمه الإنسان من البيئة التي يعيش فيها. ونتناول فيما يلي بعضاً من هذه النظريات بشيء من الإيجاز:

١- نظريات العدوان الفطري:

يرى أصحاب تلك النظريات أن اعتداءات الإنسان على نفسه أو على غيره سلوك فطرى غير متعلم، تدفعه إليه عوامل في جبلّته وتكوينه الفسيولوجي والبيولوجي، وانقسموا في تفسيراتهم إلى فريقين، افترض الفريق الأول: أن العدوان سلوك فطرى عند بعض الناس هم المجرمون بالولادة، وافترض الفريق الثاني: أن العدوان سلوك فطرى عند جميع الناس، (كمال إبراهيم،١٩٨٥: ٤٨؛ ملكية،١٩٨٩: ٣٠١-٣٠٢)

ومن هذه النظريات ما يلي:

أ- نظرية غريزة العدوان:

النظرية الغريزية في تفسير العدوان تفترض أن السلوك الإنساني مبرمج إلى حد ما على فعل السلوك العدواني، بمعنى أن الإنسان مفطور على

العدوان، تحكمه غرائزه في أنه مدفوع للعدوان حتى تشبع تلك الغرائز. ومن أشهر من قال بهذا (فرويد)، و(كونارد لورنز)، فالأول يرى أن الإنسان يولد ولديه غريزتين هما: غريزة الحب أو الجنس، وغريزة العدوان أو الموت، والأخيرة على وجه الخصوص عامة لدى كل البشر على حد سواء، وتلك الغريزة تهدف إلى تدمير الذات، إما داخليا مباشرة أو نحو الآخرين. والعدوان كما يرى (فرويد) مظهر لغريزة الموت في مقابل الليبيدو كمظهر لغريزة الحياة. وقد الحق "فرويد" العدوان بالليبيدو كأحد الغرائز والدوافع التي تضمنت نظام اللاشعور، والتي أطلق عليها "الهو".

وفى بداية الأمر أدرك فرويد أن العدوان موجه إلى حد كبير إلى الخارج، ثم أدرك بعد ذلك أن العدوان يكون موجها على نحو متزايد للداخل، منتهياً عند أقصى مدى إلى الموت. وقد نظر إلى العدوان باعتباره ذا منشأ داخلي، وضغط مستمر يتطلب التفريغ (التنفيس) حتى إذا لم توجد إحباطات. وهنا تكون الحاجة إلى تنفيس العدوان بالتغلب على الضوابط الدفاعية التي تكبحه ويبزغ العدوان تلقائياً. كما يرى أن العدوان قد يوجه – من خلال الإزاحة – نحو هدف بديل بسبب صور الكف التي تعوق توجيه العدوان نحو المصدر الحقيقي. وفى النهاية ووفقا لما يرى (فرويد)، فإن كل فرد يتطلب قدراً معيناً من الإشباع أو الرضا **gratification** لهذه الدفعات الغريزية التدميرية، وإذا لم يجد في طريقه ما يحققها بطريقة ما، يحققها بطريقة أخرى.

(Arthur and Lawrence,1966: 108 ؛ حسين فايد،"أ: ٢٠٠٤: ٢٨؛ **(Robert, Donn , and Jerry,1989:183**

وبالنسبة (لكونارد لورنز) فلم تختلف آراءه عن أراء (فرويد)، فالعدوان غريزي فطري، وكل الكائنات الإنسانية تتشارك في العدوان مع

الكائنات الحية الأخرى، وهو لا يعتبر العدوان شراً، إذا قدرنا وظيفته وفائدته للبقاء في عالم الحيوان، فهو يضمن البقاء للأصلح، كما أنه يسهم في توزيع أفراد النوع على المساحات المتاحة في البيئة، بحيث تتاح موارد كافية للجميع، وأهمها الماء والطعام، فالحيوان يدافع عن الخير الذي يعيش فيه ضد كل معتد من الخارج، فإذا فرغ منهم، فقد يحول عدوانه إلى المستضعفين في منطقة نفوذه.

والعدوان يفرض النظام و الانضباط في عالم الحيوان، وهو في نظر (لورنز) غريزي يمثل تفريغا لطاقة عدوانية تعبأ لدى الفرد باستمرار. ويفترض أن العدوان لدى الإنسان غريزياً أيضا يتضمن التفريغ لطاقة العدوان دون تفكير.

(ملكية، ١٩٨٩: ٣٠٠؛ Robert and Donn, 1984:327-328)

بـ نظرية الإحباط – العدوان (كبش الفداء):

يحدث الإحباط عندما لا يستطيع الفرد الوصول إلى هدف مرغوب (Virginia,1995:239) وعندما يعترض الفرد موقفاً ما يسبب له الإحباط، ولا يمكنه من تحقيق ما يريد، فان الإحباط هنا يولد العدوان.

(Douglas, et al, 1988:675 ؛Philip and Ann, 1994:27)

وقد قامت هذه النظرية على أساس فكرة "الإزاحة" التي قدمها "فرويد"(١٩١٥) وهي تتمثل في استخدام أهداف بديلة (كبش الفداء)، عندما يعجز العدوان عن أن يوجه إلى السبب الأصلي لمصدر الإحباط وتعتبر الأبحاث التي قدمها "دولارد"وزملاؤه (١٩٣٩) دليلاً أمبريقياً يؤيد هذه النظرية، فالإحباط طبقاً لهم هو السبب الرئيسي للعدوان.

وتلعب الاتجاهات السلبية المتعلمة دوراً بالغ الأهمية في اختيار "كبش الفداء"، أي إزاحة العدوان من مصدره نحو طرف مستضعف. وقد ظلت هذه النظرية مجرد افتراض علمي قد نما في نهاية الثلاثينيات، وكانت تقوم على أربعة فروض أساسية هي:

١- الإحباط دائما ما يتبعه عدوان، أي أنه "عدوان من دون إحباط مسبب له".

٢- هناك علاقة كمية بين الإحباط والعدوان، فالإحباط الشديد يتبعه عدوان شديد.

٣- تفعيل العدوان من شأنه أن يخفف من الوظائف النفسية.

٤- إن عملية إزاحة العدوان تأخذ مكانها، إذا كان هناك مكان لإطلاق سراح كل ما هو مطلوب تجاه المصدر أو هدف خارجي، أو من خلال طرق ملتوية من ردود الفعل مثل "النقد"، و(أو) المزاح السيئ.

وجدير بالذكر الإشارة إلى إن العدوان الموجه نحو مصدر الإحباط أنه دائما ما يكون ممكنا، فأحيانا ما يكون مصدر الإحباط غامضا أو غير محسوس، والشخص لا يعرف ماذا يهاجم، ويبحث عن شيء يصرف vent فيه هذه المشاعر(كبش الفداء) المتولدة عن الإحباط.

وأحيانا ما يكون الشخص هو المسئول عن الإحباط، وعندما تعوق الظروف الهجوم المباشر على سبب الإحباط، فان العدوان قد يحل محل أو يكون هو المستبدل، هنا فعل العدوان يتجه مباشرة نحو الشخص أو الشيء بدلا من الاتجاه مباشرة نحو الأسباب الحقيقية المباشرة المسببة للإحباط.

(أحمد زايد، ٢٠٠٦ : ٩٨- ١٠١؛ Rita, et al., 1993:585)

٢- نظريات تعلم العدوان:

يرى كثير من علماء علم النفس الاجتماعي أن العدوان سلوك متعلم (في أغلبه على الأقل) ويفسرونه في ضوء نظريتي التعلم بالاشتراط الأدوي (operant conditioning) والتعلم بالملاحظة على النحو التالي:

أ- تعلم العدوان بالاشتراط الأدوي:

افترض "سكنر" (Skinner) في نظريته عن الاشتراط الأدوي (أو التعلم الإجرائي) أن الإنسان يتعلم سلوكه بالثواب والعقاب، فالسلوك الذي يثاب عليه يميل إلى تكراره، والسلوك الذي يعاقب عليه يقلع عنه. وينطبق هذا التفسير على سلوك العدوان، فالإنسان عندما يتورط في العدوان لأول مرة بالصدفة، إذا عوقب عليه كف عنه، وإذا كوفئ عليه كان أميل إلى تكراره في المواقف المماثلة، بمعنى أن العدوان الذي يحصل على مكافأة أكثر احتمالا إلى أن يتكرر، والعدوان الذي لا يُعزز يسقط وينطفئ. فالناس يسلكون بشكل عدواني عندما يجدون أن العدوان له عائد، وفى هذا يقول "ويلمان ١٩٧٩" إذا كان الفعل العدواني يجلب للشخص مكافأة مادية ملموسة كالمال أو غير مادية كالهيبة أو المنزلة الاجتماعية، فإنه يستمر في السلوك العدواني بهذه الطريقة.

ب- تعلم العدوان بالملاحظة:

إحدى طرق تعلم العدوان هي الملاحظة خاصة في المواقف التي يكون فيها النموذج أو القدوة ذا مغزى للشخص، أو حيث يؤدى للنجاح، والعملية كما يذكر "باننجر، ١٩٩٤" أعقد من التشرط الإجرائي البسيط بالمكافأة أو العقاب، حيث تشمل هذه العملية كل من التعلم بالتقليد والتسهيل الاجتماعي.

ومن النماذج المؤثرة في تعلم الفرد بالملاحظة كما يقول "باندورا وروس" ملاحظة نماذج العدوان عند والديهم ومدرسيهم وأصدقائهم، وفى أفلام السينما والتليفزيون، وفى القصص التي يقرؤونها والحكايات التي يسمعونها، حيث يحصل إما على نماذج من السلوك العدواني، التي يقلدونها، أو يحصلون على المعلومات التي يمكنهم من الاعتداء على أنفسهم أو على غيرهم.

جـ نظرية سمة العداوة Hostility trait theory

ترى هذه النظرية أن العداوة سمة من سمات الشخصية موجودة عند جميع الناس بدرجات متفاوتة، فتوجد عند معظمهم بدرجة متوسطة، وعند قلة منهم بدرجة منخفضة، وعند قلة أخرى بدرجة عالية، وتقاس بمقاييس العداوة الصريحة وغير الصريحة.

وتدل سمة العداوة على استعداد الشخص لإظهار العدوان في المواقف المختلفة بحسب ما يدركه فيها من مثيرات، فالأشخاص من أصحاب سمة العداوة العالية كثيرو العدوان، لأن عتبة التنبيه للعدوان عندهم منخفضة، مما يجعلهم يغضبون بسرعة، ويدركون مثيرات العدوان في مواقف كثيرة قد تبدو مواقف عادية لا تثير العدوان عند غيرهم.(كمال إبراهيم، ١٩٨٥: ٥٤-٥٨؛ حسين فايد، ٢٠٠٥: ٩٣)

وبعد فما سبق من عرض لنظريات تفسير العدوان، وما بينها من تباين تمثل في الاختلاف والتنوع في الآراء المفسرة للسلوك العدواني، كل هذا يمثل في النهاية المحصلة النهائية التي تجتمع كلها في الأسباب والعوامل المؤدية للسلوك العدواني.

رابعاً: تصنيفات العدوان وأشكاله:

توجد تصنيفات عديدة للعدوان تختلف كثيراً في طبيعتها، ويرجع هذا الأمر إلى صعوبة التعريف، مما جعل الباحثين يميلون لتعريفه من حيث نوعه (سوياً بناءاً أم مرضياً هداماً)، ومن حيث أشكاله أو صور التعبير عنه، ومن حيث توجهه ضد الآخرين أم ضد الذات.

فبالنسبة للعدوان السوي هو ما يكون من أجل البقاء والحياة أو المحافظة على الذات وتحقيق الأهداف الفاعلة، أما العدوان المرضي أو الهدام، فهو الذي يكون عكس ما سبق، أي إذا تحول (بوعي أو بغير وعي) لسلوك فتاك يسبب الأذى والموت والدمار، سواء للفرد أو المجتمع.

أما بالنسبة لتصنيف العدوان وفقا لصور التعبير عنه أو أشكاله أو أبعاده، فهي عديدة وكلها تتفاوت في مظاهرها التعبيرية وسوف نكتفي بما سبق وتقدم منها.

(حسين فايد ،٢٠٠٥ :٧٢ ؛ عبد المجيد وذكريا،٢٠٠٣: ٢٠٥)

خامسا: ديناميات العدوان:

يعد السلوك العدواني محصلة للتفاعل بين مجموعة من المتغيرات عبر عدد محدد من المراحل التي تحدث – غالبا – وفق التسلسل التالي:

أولاً: العوامل المهيئة للعدوان: وتشمل مجموعة المتغيرات المتصلة بالمعتدى، والضحية ، والسياق الثقافي الاجتماعي المصاحب لموقف العدوان، والظروف البيئية الطبيعية السائدة.

ثانياً: تؤدى العوامل السابقة إلى استثارة قدر من التوتر يجعل الفرد أكثر قابلية للاستجابة للعدوانية.

ثالثاً: حين يرتفع معدل التوتر، فإنه في ظل وجود فئة أخرى من العوامل التي يطلق عليها العوامل المفجرة للعدوان، يثير الاستجابة العدوانية.

رابعاً: صدور الاستجابة العدوانية التي تكون متأثرة بالعناصر الثلاثة السابقة، وتتحدد طبيعتها تبعا لعدد آخر من المتغيرات. ويوضح الشكل التالي كيفية حدوث تلك العملية:

شكل رقم (١) يوضح العوامل المهيئة للعدوان

خصال الفرد	خصائص السياق الثقافي – الاجتماعي	خصائص البيئة الطبيعية	خصال الطرف الآخر وسلوكه
١- الخصائص الفسيولوجية ٢- الإحباط ٣- التعصب ٤- التعرض لمشاهدة العدوان ٥- المرحلة العمرية	١- التنشئة الأسرية ٢- التدعيم الاجتماعي للعدوان ٣- التوزيع غير العادل للدخل ٤- سياسات وممارسات الأجهزة الحكومية ٥- التهميش الاجتماعي	١- الازدحام ٢- الضوضاء ٣- الظروف المناخية ٤- التلوث البيئي	١- القابلية للاستهداف ٢- سلوكه في موقف العدوان ٣- سلوكه في المواقف المشابهة السابقة ٤- خصاله

التوتر

إبداع   أمراض نفسجسمية   اكتئاب

العوامل المفجرة
١- سريان الشائعات
٢- صدور قرارات إدارية غير ملائمة
٣- حضور آخرين
٤- الوقوع تحت تأثير الخمور
٥- سوء فهم سلوك الضحية

الاستجابة العدوانية

نحو الموضوع   نحو موضوع آخر   نحو الذات

(طريف شوقي، ١٩٩٤: ٣٣١ – ٣٣٢)

مشكلة الدراسة وأهدافها:

لا أحد نـاج من الغضب، ومـا يلحق بـه من توابع تبدأ بـالعدوان غير المباشر أو العدوان اللفظي، وتنتهي بالعدوان المادي ضد الأشخاص أو الذات أو ضد المصادر المسببة للغضب، وبالتالي لا يركن الفرد للهدوء أو السكينة إلا بعد أن يكون قد نفث عن غضبه بشكل ما أو بآخر، ويكون ذلك عبر دورة الحياة، فلا يوجد هناك وقت محدد للغضب ولا للعدوان.

والفرد لا يغضب أو يعتدي دون مثيرات أو مسببات للغضب، ومسببات الغضب والعدوان عبر دورة الحياة، وخلال تفاعلات الفرد مع كل ما يحيط به في البيئة، عديدة ولا يمكن قصرها علي أمور بعينها، كذلك ما قد يُغضب إنسان ما، ويجعله يعتدي علي الغير أو على ذاته، قد لا يُغضب شخص آخر.

لقد كان الاعتقاد الأغلب لدي الباحث أن الغضب والعدوان لا يرتبطان بمرحلة ما من مراحل النمو، يدخلها الفرد أو يخرج، فالكل- كما تقدم- يغضب وقد يعتدي، وظروف الحياة ومشاكلها الاقتصادية والتعليمية والأسرية وغير ذلك، هي التي تحدد هذا، وهي التي تقصره علي فعل معين لا يتعدى التعبير الوجهي عن الغضب، وعدم الراحة والرضا، إلى العدوان المادي ضد الأشخاص أو الأشياء.

قد تُغضب الفرد أمور معينة في بداية حياته، لكنها مع تقدمه في العمر ومروره بالعديد من الخبرات، قد لا تغضبه وتمر عليه مرور الكرام بأمن وسلام. وقد يحدث العكس، فما كان لا يُغضب الفرد في الصغر يغضبه في الكبر.

الكل يغضب، والكل لـه أسباب غضبه ومثيراته، والغضب لا يميز بين ذكر وأنثى، وإن كانت بعض الدراسات السابقة ترى أن الذكور في الأغلب والأعم، هم الأكثر غضباً وعدواناً بحكم تكوينهم العضلي والفسيولوجي

وظروف الحياة ومتطلباتها التي تثقل عبء الرجل أكثر مقارنة بالإناث، وغير ذلك.

لقد كثرت البحوث التي درست العدوان وأبعاده في علاقته بالعديد من المتغيرات منها المتغيرات الشخصية وغير ذلك، لكن القليل منها هو الذي تناول موضوع الغضب بالبحث والدراسة قياساً إلى العدوان – حسب حدود علم الباحث - ومازال الغموض والخلط يكتنف هذا الجانب الانفعالي في الشخصية، وتداخل مع مصطلحات لصيقة به كالعدوان والعدائية، وقليل أيضاً الدراسات التي درست الغضب ببعديه: الحالة والسمة في علاقته بأبعاد العدوان: المادي واللفظي والعدائية. وكذلك في علاقته ببعض المتغيرات الديموجرافية التي يمكن أن تؤثر في إحداث الغضب بأي من بعديه لدي الفرد، ومن هذه المتغيرات، المتغيرات المتعلقة بالعمر والتعليم والحالة الاقتصادية والنوع.

لقد عمد الباحث إلي دراسة الغضب عبر مراحل (٣) مراحل عمرية - زمنية - هي ما قبل العشرين عاماً حيث يكون عمر الفرد فيها صغيراً، وهي وفق دخول الفرد الجامعة تبدأ من عمر (١٦) عام تقريبياً – مرحلة المراهقة المتأخرة - وحتئ عمر ما قبل (٢٠) عاماً، أي أن المدى الزمني حوالي ٥ سنوات، وهي الفترة التي تنتهي فيها علاقة الطالب بالثانوية العامة، وما كانت تمثله من أعباء رهيبة عليه وعلي ذويه،وتبد أبدخول الجامعة، وهي مرحلة تحدث فيها تغيرات عديدة للفرد،فالتعليم الجامعي المشترك (ذكور وإناث) غير التعليم الثانوي، والمرحلة الثانية من عمر (٢٠-٢٥) – نهاية مرحلة المراهقة - يكون فيها الطالب قد استقر بالجامعة وأوشك علي التخرج ليواجه المجهول في عالم لا يعرف ماذا يخبئ له، والمدى العمري لهذه المرحلة (٥) سنوات أيضاً، وأخيراً مرحلة الدراسات العليا – مرحلة الشباب

ـ وهي تتميز بالاستقرار أكثر، وذلك من ناحية الاطمئنان على نهاية التعليم بحصوله على الشهادة الجامعية، واستعداده لما بعدها من حيث الأمل في الحصول على دبلومه بعد التخرج، أو أبعد من ذلك بالحصول على الماجستير أو الدكتوراه، وهي فترة مداها العمري امتدّ من (٢٥-٣٣) عام.

إن دراسة الغضب عبر هذه المراحل العمرية لم يقصد بها الباحث دراسة مراحل عمرية كالمراهقة المبكرة أو المتأخرة أو الشباب، ولكنه قصد التعرف إلى الفروق بين الأفراد عبر تسلسل زمني يمتد من سن (١٦) عاماً وحتى (٣٣) عام، من سن أصغر إلي أكبر مروراً بتغيرات عديدة يتعرض لها الفرد تتمثل في المستوى التعليمي، وما يمكن أن يحدثه من تأثير على الفرد، كذلك علاقة الغضب بأبعاد العدوان: المادي واللفظي والعدائية، ومدي تأثير الظروف الاقتصادية المنخفضة والمتوسطة والمرتفعة. وأخيراً التعرف إلى الفروق بين الجنسين في كل من أبعاد الغضب والعدوان.

وعليه يمكن تحديد مشكلة الدراسة فيما يلي:

١ـ قلة الأبحاث النفسية التي تتناول موضوع الغضب كحالة وسمة، وخصوصاً في علاقتهما ببعض المتغيرات الديموجرافية موضوع البحث.

٢ـ هل يختلف الغضب باختلاف المراحل العمرية، وما الفروق بين الذكور والإناث في الغضب؟

٣ـ هل يوجد تفاعل بين المتغيرات الديموجرافية في تأثيرهم المشترك على الغضب كحالة وكسمة؟

٤ـ ما حجم العلاقة واتجاهها بين أبعاد الغضب وأبعاد العدوان؟

٥ـ هل يختلف التركيب العاملي لمتغيرات الدراسة لدى الذكور والإناث؟

وبناء علي ما تم عرضه من مشكلة الدراسة يمكن تحديد أهدافها فيما يلي:

١- تقنين أدوات الدراسة.

٢- التعرف إلى المنحنى الارتقائي للغضب عبر (٣) مراحل عمرية زمنية.

٣- التعرف إلى أثر المتغيرات الديموجرافية على بعدي الغضب: كحالة وكسمة ومدى تفاعلهما في التأثير المشترك على كل منهما على حدة.

٤- التعرف إلى الفروق بين الجنسين في أبعاد الغضب والعدوان.

٥- فحص الارتباطات بين متغيرات أبعاد الغضب والعدوان مع تحليل هذه المتغيرات عاملياً.

أهمية الدراسة:

دراسة أبعاد كل من الغضب والعدوان لها أهمية خاصة لدى الباحثين في علم النفس الاجتماعي، لعدد من المبررات النفسية والاجتماعية من بينها أنهما- الغضب والعدوان- مؤشر لبعض أوجه الخلل في بنية المجتمع، وبناء القوة والمكانة فيه، وطبيعة العلاقات بين عناصره وفئاته المتنوعة. إنه بمثابة إنذار مبكر لاضطرابات اجتماعية لاحقة أوسع مدى وأعمق أثراً، من الممكن تجنبها، أو الحد منها، أو التهيؤ لها، إذا ما أحسنت الأسرة والقائمون على تنظيم شئون المجتمع وإدارته استقبال الرسالة التي يحملها وإدراك مغزاها الاجتماعي.

والغضب وهو البوابة الأولى نحو العدوان بأي شكل من أشكاله - بغض النظر عن أضرارهما- لهما وظيفة تكيفية حيث يستخدمهما الإنسان في بعض الحالات كوسيلة للتعبير عن مطالب اجتماعية معينة، وفي حالات عديدة كوسيلة للدفاع عن نفسه وممتلكاته، أو لتفريغ توترات مختزنة داخله- خصوصاً داخل مجتمع الطلبة الجامعيين- أو لحل الصراعات وإزاحة العقبات

التي تحول دون تحقيق بعض الأهداف المشروعة، فضلاً عن كونه أداة للضبط الاجتماعي (العقاب) تلجأ إليها الهيئات الاجتماعية الرسمية لمواجهة الخارجين على القانون.

إن الدراسة المنظمة للغضب والعدوان من شأنها الكشف عن التغيرات الأساسية المهمة في حدوثه، وفهم طبيعة دورها على نحو يتأتى معه مواجهتهما على كل من المستوى العلاجي للحد من الممارسات التي تفجرهما، فضلاً عن التعامل معهما على المستوى الوقائي من خلال توفير مناخ يتضاءل فيه تأثير العوامل المهيئة لتفاقمهما.

وعلم النفس لا يهدف فقط إلى علاج الأمراض والاضطرابات النفسية فحسب، فهو الآن يهدف أكثر من أي وقت مضى، إلى ما يحقق للإنسان رفاهيته وهناءه الشخصي وسعادته، ويبني فيه ما يكظم غيظه بالتسامح والعفو، لا بالغضب والعدوان وتدمير الذات والغير.

والدراسة الحالية تسهم في ترشيد فهمنا لهاتين الظاهرتين الإنسانيتين علي المستويين النظري والتطبيقي. إنها تحاول معرفة علاقة الغضب ببعديه (الحالة والسمة) بأبعاد العدوان (العدوان المادي واللفظي والعدائية)، وكذلك علاقته ببعض المتغيرات الديموجرافية الأخرى متمثلة في المستوى الاقتصادي (المنخفض- المتوسط- المرتفع) والمستوى التعليمي (الجامعي وما بعد الجامعي)،والنوع (ذكر وأنثي)، وأخيراً العمر (ثلاث مراحل عمرية زمنية).

وهي بذلك أشمل من الدراسات السابقة من ناحية مجموع المتغيرات التي تم تناولها في آن واحد، ومن جانب آخر فإن المقياسين المستخدمين في هذه الدراسة لا ينظران إلى كل من الغضب و العدوان على أنهما بعد واحد، كما هو الحال في معظم المقاييس الأخرى، فمقياس الغضب ينظر إلى الغضب

بصورة أعمق، فيصنفه إلي غضب حالة وغضب سمة، ومقياس العدوان يصنف العدوان إلى عدوان بدني ولفظي وعدائية، مما يساعدنا علي فهم هاتين الظاهرتين النفسيتين بصورة أشمل، ومعرفة العلاقة بينهما وبين المتغيرات الديموجرافية المشار إليها آنفا.

ومن جهة أخري، فإن المقياسين المستخدمين في الدراسة الحالية لقياس الغضب والعدوان رأى الباحث إعادة تقنينهما برغم استخدامهما في العديد من الدراسات من قبل، الأمر الذي يسهم في نقاء مقاييسنا النفسية المستخدمة في ميدان البحث النفسي سواء علي المستوى المصري أو العربي، ويساعد علي دقة عمليات التشخيص ومصداقيتها، وبخاصة إذا علمنا بأن مقياس كمقياس "سبيلبرجر" من المقاييس واسعة الانتشار في المجال البحثي والتشخيصي.

(طريف شوقي، ١٩٩٤: ٢٣٧؛ عثمان محمود، ٢٠٠٤)

الدراسات السابقة

اطلع الباحث على عدد كبير ومتنوع من الدراسات السابقة المرتبطة بكل من الغضب والعدوان. وقد رأى الباحث ـ نظراً لذلك ـ أن يعرض هذه الدراسات في قسمين: الأول الدراسات المرتبطة بالغضب بشكل مباشر سواء في دراسة أبعاده أو في دراسة أنماط التعبير عنه. وقد قسم الباحث تلك الدراسات المرتبطة بالغضب وفقاً لأهداف الدراسة وفروضها إلى (٣) أجزاء، الجزء الأول: الدراسات المرتبطة بالفروق بين الجنسين، الجزء الثاني: الدراسات المرتبطة بالعمر والمراحل العمرية، والجزء الثالث: الدراسات المرتبطة بكل من المستوى الاقتصادي والتعليمي، وقد تضمنت هذه الأجزاء في متنها علاقة الغضب ببعض المتغيرات الأخرى، تناولها الباحث في الفرض الخاص بوجود علاقة ارتباطية بين متغيرات الدراسة.

أما القسم الثاني والخاص بدراسات العدوان فقد تمّ تقسيمه إلى ما يلي: جزء أول تناول الفروق بين الجنسين في العدوان وأبعاده، وجزء ثان تناول الدراسات الارتباطية لأبعاد العدوان. وقد اكتفى الباحث بهذا التقسيم لما تتطلبه أيضاً طبيعة الدراسة وأهدافها. وفيما يلي عرض لهذه الدراسات:

أولاً: دراسات الغضب:

١- الدراسات التي تناولت الفروق بين الجنسين في الغضب وأبعاده:

كشفت دراسة (Thomas, 1989) والتي أجريت على عينة قوامها (١٣٩) ذكر وأنثى من مرحلة متوسطي العمر عن عدم وجود فروق بين الجنسين في بعض صور التعبير عن الغضب وهى: قمع الغضب، والتعبير عنه داخلياً، وكذلك خارجياً. كما كشفت النتائج عن وجود فروق دالة لصالح الإناث، حيث تبين أن الإناث أكثر تعبيرا عن الغضب وإظهارا له؛ وذلك خلال مناقشتهن للغير حيث يكن أكثر حدة من الذكور. كما كشفت الدراسة عن ارتباط دال بين ظهور أعراض الغضب – لدى كل من الذكور والإناث – والمستويات المنخفضة لكل من وجهة الضبط الخارجي، والعادات الصحية (السيئة)، والتفاؤل والحالة الصحية. كما تبين أيضا أن الإناث اللاتي أظهرن أعراضاً مرتبطة بالغضب – هؤلاء – لم يكن ممن يمكنهن قمع غضبهن أو كبته، فهن يعبرن عن غضبهن مباشرة نحو الخارج ضد الآخرين أو بتوجيه اللوم لهم.

أما دراسة (Biaggio, 1989) فقد اختلفت عن سابقتها، من حيث أنها هدفت إلى التعرف إلى الفروق بين الجنسين في ردود أفعالهم السلوكية، وذلك عند مواجهتهم للمواقف المثيرة أو المحركة للغضب، ولتحقيق هذا الهدف أجريت دراستان الأولى ميدانية تقريرية والثانية معملية، الدراسة الأولى: كان قوامها (٧٢) ذكراً وأنثى، طلب منهم أن يسجلوا كل الحوادث التي مرت

بهم وسببت لهم غضبا، وذلك قبل فترة أسبوعين على إجراء الدراسة. وقد كشفت النتائج أن الذكور هم الأكثر تقريراً للعداء أو الخصومة تجاه الغير، سواء أكان هذا عدواناً لفظياً أم بدنياً. أما الدراسة المعملية فقد كان قوام عينتها (١٠١) ذكر وأنثى، حيث اخُضعوا لمواقف تعرضوا فيها للإهانة، كما طبق عليهم اختبارات تقريرية لقياس استجابتهم السلوكية حال الغضب. وقد بينت النتائج عدم وجود فروق بين الجنسين في ردود الأفعال السلوكية إزاء موقف الإهانة.

وفى دراسة تقريرية للخبرات الذاتية الانفعالية، وعلى عينة قوامها (١٠٠) ذكر، (١٢٣) أنثى من طلاب قسم علم النفس، والتي كان من هدفها التعرف إلي أنماط الأساليب الانفعالية الموجهة من جنس للجنس الآخر. أكدت دراسة (Michael and Linda, 1989) أن الذكور أقل ثقة أو جرأة في التعبير عن غضبهم عندما يكون موجهاً نحو الأنثى، ولا يكون الأمر كذلك إذا كان الغضب موجهاً نحو نفس الجنس من الذكور، أما الإناث فإنهن يعبرن عن غضبهن سواء للذكور أو الإناث، وإن كان تعبيرهن عن غضبهن أكثر جرأة عندما يكون موجهاً ضد الإناث.

أما دراسة (Hasida, and Moshe, 1989) فقد أجريت على عينة من طلاب الجامعة الإسرائيليين قوامها (٢٢٣) ذكر، و(١٥١) أنثى، وذلك للتعرف إلى الفروق بين الجنسين في المتغيرات التالية: الغضب كحالة وسمة، والقلق كحالة وسمة،حب الفضول كحالة وسمة. ومقارنة ما سوف تكشف عنه النتائج بنتائج دراسة أمريكية – سابقة – أجريت على مجموعة من الطلاب الأمريكيين من الجنسين حيث قيس لديهم الفروق في ذات المتغيرات السابقة.

وقد كشفت النتائج أن الإناث قد اظهرن مستويات مرتفعة من الغضب كسمة والقلق كسمة مقارنة بالذكور، ولم تكن بينهم فروق دالة في الغضب كحالة. أما الذكور فقد أظهروا مستويات مرتفعة من حب الفضول كحالة، وذلك مقارنة بالإناث. وعلى مستوى الفروق الثقافية وجُد تشابه كبير بين نتائج الدراسة على الإسرائيليين والإسرائيليات مقارنة بنظيرتها التي أجريت على الأمريكيين والأمريكيات.

وفى الدراسة التي قام بها (عبد الفتاح القرشي ،١٩٩٧) والتي أجريت بغرض تقنين قائمة الغضب "السبيلبرجر" ببعديها : الغضب كحالة وكسمة، والتعبير عنها بثلاث صور هي: (ضبط الغضب - قمع الغضب - إظهار الغضب)، وذلك على عينة قوامها (٦٠) ذكراً، و(٦٠) أنثى. وكان من بين النتائج التي كشفت عنها الدراسة بالإضافة إلى التحقق من الخصائص السيكومترية للقائمة: الفروق بين الجنسين في الغضب وصوره، وكذلك العلاقة الارتباطية بين المقاييس الفرعية للقائمة. ففي مجال الفروق بين الجنسين تبين عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في متغيري الغضب كحالة وكسمة، وإن كان متوسط الذكور أعلى من متوسط الإناث في المتغيرين معاً. وفيما يتعلق بالارتباطات بين المقاييس الفرعية للقائمة فقد تبين وجود ارتباط دال موجب – متوسط – بين حالة الغضب وسمته. ويشير ذلك إلى أن الإفراد الذين تكون لديهم سمة الغضب مرتفعة – هؤلاء – تميل حالة الغضب لديهم إلى الارتفاع أيضا، كما أنهم يميلون، إما إلى قمع الغضب أو إظهاره. ويشير عدم وجود ارتباطات مرتفعة بين حالة الغضب وبقية الأقسام الفرعية إلى قدر من التميز والاستقلال لمفهوم حالة الغضب عن بقية المفاهيم التي تقيسها القائمة. وقد ظهر لسمة الغضب ارتباط سالب – منخفض – مع ضبط الغضب،

وارتباط موجب – منخفض – مع قمع الغضب، في حين كان الارتباط مع إظهار الغضب مرتفعاً.

ويرتبط بالدراسة الأخيرة – كدراسة ارتباطية – دراسة (عثمان حمود، ٢٠٠٤) فقد سعت إلى معرفة طبيعة العلاقة المحتملة بين الغضب من حيث حالته وسمته وطرق التعبير عنه (قائمة سبيلبرجر)، وبين عشرة متغيرات أخرى متعلقة بالصحة النفسية والبدنية للفرد. وقد استخدم (١٤٥) طالباً من جامعة الكويت وخلصت الدراسة إلى أن هناك شبكة من الارتباطات الإيجابية الدالة بين كل من: حالة الغضب، وسمته، وقمعه، وإظهاره من جهة، وكل من: سمة القلق، والصحة العامة (معكوس)، والتشاؤم، ووجهة الضبط الخارجية، والحساسية من الفشل، واجترار خبرات الماضي المؤلمة من جهة أخرى، والسلبية مع كل من: ضبط النفس، والتفاؤل، واحترام الذات. بينما ارتبط ضبط الغضب عكسياً بصورة دالة مع كل من سمة القلق والصحة العامة (معكوس)، ووجهة الضبط ، والحساسية من الفشل، واجترار خبرات الماضي المؤلمة، وطردياً مع كل من التفاؤل، واحترام الذات. وبالتحليل العاملي استخلصت أربعة عوامل، هي: حالة نفسية مرضية، غضب ظاهري، تأزم نفسي، وغضب مخفي. كما أجريت معادلة انحدار للتنبؤ بكل مقياس فرعي للغضب، وعُلِق على نتائجها. وتوصلت الدراسة إلى أن كلاً من إظهار الغضب وقمعه يحمل في طياته مخاطر على صحة الفرد العامة، في حين كان ضبط الغضب هو أكثر الطرق ارتباطا بصحة الفرد النفسية.

وهدفت دراسة (بدر الأنصاري، ٢٠٠٠) إلى التعرف إلى السمات الانفعالية لدى الشباب الكويتي من الجنسين، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين، الأولى: قوامها (٣٥٠) طالب، و(٧٧٩) طالبة من طلاب المدارس الثانوية، والثانية قوامها (٣٠٦) طلاب، و(٦٣٢) طالبة. وكان من

أهم النتائج التي أسفرت عنها الدراسة أن الخزي والخجل والغضب والحزن والخوف والارتباك وغيرها من أكثر السمات الانفعالية التي يعانى منها الشباب بوجه عام. وفى مجال المقارنة بين الجنسين بالنسبة لسمة الغضب تبين وجود فروق جوهرية بين الجنسين، حيث حصلت الإناث على متوسط أعلى من متوسط الذكور.

أما (دراسة علي عبد السلام، ٢٠٠١) والتي أجريت بغرض دراسة علاقة السلوك التوكيدي والمهارات الاجتماعية بالسلوك الانفعالي للغضب بين العاملين (ن=٥٠)، والعاملات (ن=٥٠) ممن يتراوح عمرهم بين ٢٥-٤٥ عاماً. بينت النتائج أن الفرق دال بين الجنسين لصالح الذكور العاملين في كل من حدة الغضب، والتصرفات والأنماط السلوكية المرتبطة بالغضب، والأحكام العقلية الخاصة بتقييم مصادر الغضب، بينما لم يكن الفرق دال بينهما في كل من مثيرات الغضب، والمشاعر الانفعالية المصاحبة للغضب.

٢- الدراسات التي تناولت الغضب وفقا للعمر والمراحل العمرية

من هذه الدراسات دراسة (Sue and Boyd, 1987) والتي أجريت بهدف التعرف إلى أنماط التعبير عن الغضب (التعبير عن الغضب داخليا، والتعبير عن الغضب خارجياً ، والدرجة الكلية للتعبير عن الغضب)، وذلك على عينة قوامها (١٥٠) من الجنسين، ممن تراوح المدى العمري لهم من (٢١ : ٨٣)عاماً، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات:المجموعة الأولى: عينة البالغين ممن تراوح عمرهم من (٢١ : ٣٩)عاماً، المجموعة الثانية: عينة متوسطي العمر ممن تراوح عمرهم من (٤٠ – ٥٩) عاماً، المجموعة الثالثة: عينة كبار السن ممن تراوح عمرهم من (٦٠-٨٣) عاماً.

وقد بينت النتائج أن المجموعة العمرية الأولى (البالغون) أكثر إظهارا للتعبير عن الغضب الخارجي مقارنة بالمجموعة العمرية الثالثة (كبار السن)،

كما بينت النتائج أن درجات المجموعتين العمريتين: (البالغون، ومتوسطي العمر)، كانت أعلى فيما يتعلق بالدرجة الكلية للتعبير عن الغضب (داخلياً وخارجياً) مقارنة بالمجموعة العمرية الثالثة (عينة كبار السن). ولم تكشف النتائج عن فروق دالة بين المجموعات العمرية الثلاثة في التعبير عن الغضب داخلياً، كما لم تكن هناك فروق دالة بين الجنسين في أي من المتغيرات الثلاثة: التعبير عن الغضب داخلياً – التعبير عن الغضب خارجياً، الدرجة الكلية للتعبير عن الغضب.

ودراسة (Leslie; Gretchen, and Deborah, 1995) فقد هدفت إلى التعرف إلى الفروق بين الجنسين في الغضب والخوف، و وذلك لدى ثلاث مجموعات عمرية، الأولى مداها العمري من (٦ – ١٢) عام، والثانية من (١٤- ١٦) عام، والثالثة فوق (٣٠) عام . وذلك في مواقف بيئية تثير الغضب والخوف. وأفراد العينة كانوا كاثوليك يندرجون من مستويات اجتماعية – اقتصادية عديدة ومن مناطق جغرافية متعددة.

وقد بينت النتائج أن الإناث من كل الأعمار في المجموعات الثلاثة كن أكثر خوفا في مواقف الخوف، والمواقف المولدة للغضب، أما الذكور في ذات المواقف – مواقف الخوف – تكون استجاباتهم سلبية ويكونون أكثر شجارا وقتالا، وهم يتولد لديهم الغضب وذلك مقارنة بالإناث. وتؤكد النتائج على أن الإناث مع تقدمهن في العمر يكن أقل خوفا من ذويهن من نفس جنسهن، وبالمثل الذكور. كما بينت النتائج أن جنس مُحدث أو مسبب الخوف أو الغضب، يؤثر في طبيعة وجوده. والنتيجة على النحو السابق تؤكد أن مواقف الخوف والغضب لا تتباين بتباين المستويات الاقتصادية غير أنها تتباين بتباين الجنس، فالإناث تبتعد في مواقف الغضب، والذكور على العكس من ذلك تماماً. كذلك بينت النتائج أن التقدم في العمر يقلل من الغضب أو الخوف

من أبناء ذات الجنس، وبمعنى أنه إذا كان شخص ما ـ وهو أقل عمراً ـ يخاف أو يغضب من شخص آخر، ولا يستطيع أن يعبر عن هذا، فإن هذا الموقف يتبدل بالتقدم في العمر ويحدث العكس.

أما دراسة (Britt and Marion,1997) فقد اتُبع فيها منهجين من مناهج البحث في العدوان لدى الجنسين، المنهج الأول: سيكومتري حيث طُبق اختبار العدوان الاجتماعي، وذلك على عينة من طلاب الصفوف الدراسية (٤،٧،١١) من الجنسين. والمنهج الثاني: معملي، حيث أخضع الطلاب لمواقف ومهام معملية غرضها الكشف عن العدوان الاجتماعي والغضب لدى الجنسين عبر المراحل التعليمية ـ العمرية، وذلك على عينة من طلاب المراحل: الابتدائية والمتوسطة والعليا.

وقد أظهرت النتائج: بالنسبة للعينة الأولى: أن الذكور هم الأكثر عدواناً اجتماعياً من حيث إلحاق الضرر بالغير، أما الإناث فإن عدوانهن غير مباشر وهو ما يطلق عليه عدوان المراوغة أو الحيل (سلوك يهدف لا إلى إلحاق الضرر البدني المباشر ضد الغير، ولكنه سلوك يهدف في صوره إلى استغلال الغير والتحكم فيهم بأساليب مثل البكاء أو الانخراط في سورة غضب، والتهديد، بالانتحار أو التخطيط الدقيق لتحقيق مكانة أو مزايا خاصة. وهذا السلوك أحياناً ما يُسمى "سلوك ابتزازي"). أما فيما يتعلق بالنتائج المتعلقة بالعينة الثانية، فقد تبين أن الإناث هن الأكثر غضباً مقارنة بالذكور، كما تبين وجود فروق دالة في السلوك العدواني الاجتماعي في المراحل العمرية والتعليمية، فطلاب المرحلتين المتوسطة والعليا أكثر إظهاراً للسلوك العدواني الاجتماعي من الأطفال طلاب المرحلة الابتدائية. وهذا معناه ازدياد العدوان في هاتين المرحلتين(المتوسطة والعليا) عما هو في مرحلةِ الطفولة.

وفى دراسة (علاء كفافي ومايسة النيال ،١٩٩٧) التي أجريت على عينات مصرية وقطرية، قوام كل منها (٢٢٣،٢٢٧) فرداً على الترتيب، وذلك بهدف التعرف إلى مدى تطور الغضب عبر مراحل عمرية تمتد من المراهقة وحتى الشيخوخة، وهذه العينات تمثلت في: عينة تلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية ليمثلوا مرحلة المراهقة، عينة طلاب الجامعة وطالباتها ليمثلوا مرحلة المراهقة المتأخرة، عينة الموظفين والموظفات ليمثلوا مرحلة أواسط العمر، وعينة المسنين والمسنات ليمثلوا مرحلة الشيخوخة، وذلك بهدف التعرف إلى الفروق القائمة بين العينات المصرية ونظيرتها القطرية في: الغضب والتنشيط ووجهة الضبط وتقدير الذات والقلق والشعور بالذنب، والعلاقة المتبادلة بين هذه المتغيرات، والبناء العاملي لها على مجتمعي الدراسة من المصريين والقطريين.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة والمرتبطة بانفعال الغضب ما يلي: فيما يخص عينة المصريين كان مستوى الغضب أعلى لدى طلاب الجامعة يليهم الطالبات، ثم المراهقين من طلاب المدارس الثانوية، فالموظفين، يليهم المسنين، ثم الموظفات، فالمسنات فالمراهقات. والنتيجة على هذا النحو تعني أن الذكور هم الأكثر غضبا عبر المراحل العمرية مقارنة بالإناث بشكل عام، مع ملاحظة أن طالبات الجامعة تقدمن في مستوى الغضب على باقي أفراد العينة، ولم يسبقهن في مستوى الغضب سوى الذكور من نفس المرحلة العمرية – مرحلة المراهقة المتأخرة – كما تكشف النتائج أن مستويات الغضب تزداد في مراحل أوائل العمر، بينما تقل حدتها بتقدم الأفراد في العمر ذكوراً وإناثاً (كبار السن). وفيما يتعلق بانفعال الغضب لدى العينة القطرية، فقد كان أعلى مستويات الغضب لدى المراهقات ثم طلاب الجامعة

فطالبات الجامعة، فالموظفات ثم المراهقون، يليهم المسنون وأخيراً الموظفين.

والنتيجة على هذا النحو تكشف عن تباين في انفعال الغضب لدى العينة القطرية مقارنة بالعينة المصرية سواء على مستوى المراحل العمرية أو على مستوى الفروق بين الجنسين، وإن كانت النتائج تشير – بشكل نسبى – إلى ارتفاع انفعال الغضب لدى الإناث القطريات مقارنة بالذكور. وقد بينت النتائج أن المنحنى الارتقائي – لدى العينة المصرية – يسير في تذبذب – إذ يبدأ في تزايد لدى مجموعة مرحلة المراهقة، لينخفض لدى المراهقات، ثم يصل إلى ذروته في الارتفاع لدى مجموعتي طلاب الجامعة وطالباتها، لينخفض ثانية لدى الموظفين ويستمر في الانخفاض لدى مجموعة الموظفات ليرتفع ثانية في مجموعة المسنين لينخفض بعد ذلك لدى مجموعة المسنات.

وبالنسبة للعينة القطرية فقد تبين أن متوسطات الغضب في اتجاه متسق نحو التزايد في مجموعتي المراهقين والمراهقات، لتتناقص تدريجياً لدى مجموعة الطلاب والطالبات والموظفون، ثم تنخفض ثانية لدى مجموعة الموظفات، ثم انخفاضه لدى مجموعة المسنين والمسنات. وبالمقارنة بين المصريين والقطريين تبين أن مستويات الغضب لدى المراهقين المصريين أعلى من نظيراتهم القطريين، في حين حصلت مجموعة المراهقات القطريات على متوسط أعلى من نظرائهن المصريات، ومن ناحية أخرى حصل الطلاب المصريون على متوسط درجات أعلى من نظرائهم القطريين، في حين حصلت الموظفات والمسنات القطريات على متوسط درجات أعلى من نظرائهن المصريات.

أما (Scott, 1999) فقد تساءل في دراسة له بعنوان "الغضب والعمر: عما إذا كان كبار السن أقل غضباً. وهو في سعيه للرد على التساؤل

يرى أن الفروق بين الأفراد في أدوارهم الاجتماعية، والظروف الاجتماعية، وعدم القدرة على التحكم في المشاعر، والظروف الصحية، والنظرة الانفعالية – الاجتماعية للأمور – كل هذا – يفسر ويشرح - من وجهة نظره - تلك العلاقة بين العمر والغضب، أو بالرد على أن الغضب يقل لدى كبار السن. وليتحقق من هذا قام بمراجعة دراستين مسحيتين، الأولى: أجريت عام (١٩٨١) بأونتاريو وذلك على عينة قوامها (٥٩١) من المعوقين بدنياً، والثانية: بأمريكا عام (١٩٩٦) على عينة قوامها (١٤٥٠) فرداً من الأسوياء.

وقد كشفت النتائج في تلك الدراستين عن وجود ارتباط سالب بين العمر والغضب. فكلما تقدم الفرد في العمر قلت حدة ومستويات الغضب لديه. وبالنسبة لنتائج دراسة (أونتاريو)، تبين أن أفراد تلك العينة قد اعتزلوا القيام بالأدوار الاجتماعية التي كانوا يقومون بها من قبل، وكذلك الأعمال التي كانوا مكلفين بها، وضاق عالمهم، وتفاعلاتهم الاجتماعية مع الغير صارت اقل، وكذلك علاقاتهم البينشخصية اتسمت بالبعد والجفا، فلم يعودوا على اتصال بالأشخاص الآخرين، وكذلك قلت الأحداث الاجتماعية التي تحدث لهم عن ذي قبل، وهذا يفسر لماذا هم أقل غضباً ؟ أما العينة الثانية فهم في وضع مختلف عن سابقيهم، فهم راضون عن حياتهم الأسرية، وظروفهم الاقتصادية، وراضون عن أحوالهم الدينية، كما أنهم يدركون ضغوط الوقت في الحياة اليومية، وهذا أيضا يجعلهم أقل غضبا. وهذا معناه أن العمر في كلتا الحالتين لا يؤثر على الغضب. وتفسير ذلك أن أفراد العينة الأولى قد انسحبوا من الحياة الاجتماعية.وتفاعلاتها، أما الثانية فهي راضية عن حياتها وأحوالها، فلماذا تغضب؟.

أمـا دراسـة (Potegal and Archer, 2004) فقد بينـت أن النسـاء هن الأكثر ميلاً للغضب بسبب علاقتهن بالرجال، ومـا تخلفـه من صـراعات نتيجة تلك العلاقـة، أمـا الرجال فإنهم يرون التعبير عن الغضب إنمـا يكـون للسيطرة، بينما الإناث يرين الغضب باعتباره يُضعف من قدرتهن على التحكم. أمـا الأطفـال من سن (٨) سنوات ومـا فوق فيتكون لديهم ما يسمي بالغضب الارتباطـي (صورة من صور العدوان تتضمن محاولات إيذاء الغير عن طريق المناورة، وإتـلاف العلاقـات والمشـاعر الخاصـة بالتضـامن الاجتماعـي، مثل النبذ الاجتماعـي المتعمد). كمـا تبين أن النسـاء تميل للبكاء مع الغضب أكثر، بينما الرجال تهدد أو تلقي الأشياء، وبالنسبة للعدوان البدني فبداية ظهوره تكون لـدى الأطفـال قبل عـام أو عامين مـن سـن (٨) سنوات ويستمر حتى مرحلة البلوغ. وفي المرحلة العمرية من سن (٣-٤) سنوات، تكون الفروق في الغضب أقل من العدوان، وتقوم البنات بقمع غضبهن ويكبتن التعبير عنه، أما في سن من (٧:٨) سنوات يكون التعبير عن الغضب أكثر لدى الذكور.

٣- الدراسات التي تناولت علاقة الغضب بكل من المستويين الاقتصادي والتعليمي:

من هذه الدراسـات دراسـة قام بهـا كل من (Born and Suzanne, 1983) علـى عينـة قوامهـا (٤٨) ذكـراً، و(٤٤) أنـثى، ينـتمون لمسـتويات اقتصـادية مـرتفعة ومنخفضـة. وذلـك للـتعرف إلـى الفروق بين الجنسين فـي التعبيرات الانفعاليـة أو الإفصـاح الذاتـي self-disclosure (قدرة الفرد على الكشـف والتعبـير عـن مشـاعره الداخلـية الخاصـة وعـن خـيالاته وخـبراته وتطلعاته)، وذلك في متغيرات الحب والغضب والسعادة والحزن.

وقـد أشـارت النـتائج إلـى أن الإنـاث ممـن ينتمين للمسـتوى الاقتصـادي المـرتفع أو المـنخفض كـن أكـثر إفصـاحاً ذاتـياً عـن تعبيراتهـن عـن الحـزن والسـعادة، كمـا أن الإنـاث اللاتي ينتمين إلي المستوى الاقتصادي المرتفع فكن

الأكثر إفصاحاً ذاتياً عن تعبيراتهن عن الحب والغضب والسعادة والحزن.كما بينت النتائج أن أصحاب المستوى الاقتصادي المرتفع من الجنسين هم الأكثر من حيث الغضب والتعبير عنه سواء أكان تجاه الناس أم تجاه أزواجهم، وذلك مقارنة بأصحاب المستوي المنخفض.

أما الذكور أصحاب الحالة الاقتصادية المنخفضة فكانوا الأكثر إفصاحاً ذاتياً عن السعادة مقارنة بالذكور ذوي الحالة الاقتصادية المرتفعة. وفي مجال المقارنة بين كل المجموعات الأربع من مرتفعي ومنخفضي المستوى الاقتصادي من الذكور والإناث، تبين وجود فروق دالة بينهم في كل من الحب والسعادة والحزن. أما الغضب فلم تظهر فروق دالة بينهم فيما يتعلق به، ومعنى هذا عدم وجود علاقة دالة بين الغضب وبين المستوي الاقتصادي (المرتفع والمنخفض)، وذلك على مستوى الأفراد المتزوجين الذين لهم أسرة، مقارنة بغير المتزوجين من الذين ليس لديهم أسرة. وعلى مستوى الأزواج تبين أن أكثر الانفعالات التعبيرية تظهر تجاه القرين الآخر أكثر مما لدى الأطفال، أما الإناث فالفرق دال بينهن وبين الذكور في التعبير عن الحب تجاه كل من الزوج والأطفال.

وكذلك دراسة (Ross and Van, 1997) التي هدفت إلى التعرف إلى تأثير التعليم على عدد من المتغيرات منها القلق، الاكتئاب، والوعكات الصحية، والآلام والأوجاع وعدم الرضا، والغضب، افتراضاً منها أن التعليم يحسن من الهناء الذاتي للفرد، كما أنه يرفع المستوى الاقتصادي له، ويزيد من إحساسه بقدرته على التحكم في حياته أو ضبطها. ولتحقيق هذا قام الباحثين بمراجعة دراستين أجريتا على مستوى قومي،الأولى: عام(١٩٩٠)، والثانية عام (١٩٩٥). وقد توصل الباحثون إلى أن التعليم الجيد يقلل من انفعالات الفرد (من هذه الانفعالات: الغضب)، غير السوية عند تعرضه

للكروب أو المحن، وكذلك عند تعرضه للكروب أو المحن البدنية (مثل الأوجاع aches والآلام ، ووعكات الصحة أو انحرافها malaise). كما بينت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية بين التعليم الجيد والمستويات المنخفضة من عدم الرضا، وأن التعليم يقلل من تأثير الكروب التي يتعرض لها الفرد إلى حد بعيد، فهو يجعل الفرد يعمل ويقلل من اغترابه في العمل، كما أنه يسهم في عملية المساندة الاجتماعية ويحسن العلاقات بين الفرد وغيره.

أما دراسة (Scott, 2000) فقد توصلت من خلال فحصها لبيانات دراسة مسحية اجتماعية أجريت عام (١٩٩٦) إلى وجود علاقة بين التعلم الجيد وزيادة دخل الأسرة، بل كشفت الدراسة أن عدد أفراد الأسرة المتعلم أفرادها تعلما جيداً يكون صغيراً، مما يسهم في أن حدة الغضب داخل الأسرة تكون اقل، بمعنى أن الصفاء الأسرى يكون مرتفعا بسبب التعليم الجيد الذي يمنع الغضب داخل الأسرة. وعلى العكس من ذلك أظهرت النتائج ارتباط بين الغضب والتعليم داخل مكان العمل، كما كشفت الدراسة عن وجود ارتباط سلبي بين الإحساس بالضبط ودوام فترة الغضب. وأزاحت النتائج عن ارتباط دال بين التعليم والإدراك الملائم للغضب، فالتعليم يسهم في أن الفرد يتعامل مع مواقف الغضب بشكل مناسب، وعلى العكس من ذلك تبين وجود ارتباط سلبي بين التعليم وإظهار الغضب والتعبير عنه، وأخيراً بينت النتائج أن التعليم يزيد من المرونة المعرفية للفرد ويزيد من قدرته على حل المشكلات، بل يحسن من الظروف الشخصية والاجتماعية للفرد، وهي الظروف التي تؤثر على العمليات المرتبطة بالغضب.

وفي دراسة (Cellious; Besty, and Lee, 2000) والتي أجريت على عينة من المراهقين للتعرف إلى العلاقة بين إدارة الغضب والسلوك العنيف والأداء الأكاديمي، فقد تبين أن: عدم التحكم في الغضب لا يرتبط

بالسلوك العنيف، لكنه يرتبط سلبيا بالتحكم الدائم طوال الوقت والتركيز، وأن الإهانة اللفظية ترتبط بعدم القدرة على التواصل بين الأفراد وبعضهم البعض، بينما ارتبط العنف البدني بضعف القدرة على عدم وجود هدف مباشر، كما بينت أن الأداء الأكاديمي قد ارتبط بتقدير الذات والمساندة المقدمة من المدرس للمراهق.

وفي دراسة أخرى أجراها (Scott, 2003) للتعرف إلى تأثير الحالة الاقتصادية - الاجتماعية، وتكرار حدوث الغضب على الفرد عبر دورة الحياة، بُحثت العلاقة بين السن وتكرار حدوث الغضب بين الأفراد ذوي المستويات التعليمية المختلفة، وكذلك أصحاب المستويات الاقتصادية المختلفة، لذا عُمد إلى مراجعة بيانات دراسة اجتماعية مسحية أجريت سنة (١٩٩٦) على عينة قوامها (١٤٤٢) فرداً تبين منها: وجود تفاعل إيجابي دال بين العمر والتعليم يبين أن العلاقة السلبية بين العمر وتكرار الغضب – هذه العلاقة – تكون أقوى في حالات مستويات التعليم الأكثر انخفاضاً. وأن التوافق مع الأدوار الاجتماعية، والظروف الاقتصادية قد فشل في تفسير أو تعليل تأثير التفاعل بين العمر والتعليم. وقد تم تقسيم أفراد العينة وفق البيانات إلى مجموعة تعاني من ظروف اقتصادية سيئة، ومجموعة تعيش في أحوال أحسن من الأولى، ومجموعة ثالثة تقع بينهما، وقد فُحص تأثير تلك الأحوال الاقتصادية على الغضب، فتبين أن تأثيرها يكون على صغار السن فقط من المجموعات الثلاثة، كما تبين أن الغضب يتناقص تدريجياً لصالح كبار السن من أفراد العينة.

ثانياً: دراسات العدوان:

١- الدراسات التي تناولت الفروق بين الجنسين في العدوان وأبعاده:

في دراسة عاملية قامت بها (Barbara, et al., 1987) والتي أجريت على عينة قوامها (١١١) ذكر، و (٩٧) أنثى، كشف التحليل العاملي

عن عاملين قطبيين هما: عامل الغضب/ الانفعالية، وعامل الغضب/ العدوان. وفى مجال الفروق بين الجنسين في كل من العدائية والغضب تبين أن الإناث – مقارنة بالذكور – ارتفعت درجاتهن على بعد الغضب/ الانفعالية، كما ارتفعت درجاتهن على مقياس الشعور بالذنب والاستياء، بينما تفوق الذكور على الإناث في القابلية للاستثارة والتهجم أو محاولة الاعتداء على الآخرين.

وفى دراسة بحثت متغيري العدوان والغضب لدى كل من الذكور والإناث لدى عينة قوامها (١٦٧) ذكراً وأنثى ممن أنهوا دراستهم الابتدائية، كشفت دراسة (Kirsti; Bjorkqvist, and Peltonen,1988) أن الذكور هم الأكثر غضباً، وأنهم الأكثر احتمالاً لاستخدام العدوان البدني المباشر (العنف البدني)، كما تبين أنهم أكثر إظهارا للعدوان اللفظي. أما الإناث فقد تبين أنهن يستخدمن سلوكيات عدوانية ليس من بينها العدوان اللفظي أو المادي، وإنما يلجأن إلى أساليب أخرى تتضمن ضمنياً عدواناً غير ظاهر، وهو ما يعرف باسم سلوكيات عدوان المراوغة أو الحيل – سبق الإشارة إليه – كما كشفت النتائج من خلال المقابلات مع أفراد العينة، أن الذكور لا يمكنهم كظم عدوانهم، فهم يعبرون عنه حال مضايقتهم ولا تطول مدته لديهم سوى بضع دقائق، بينما الإناث يستطعن كظم غيظهن مدة أطول، فلا يعبرن عنه بشكل مباشر، وإنما يتم العدوان لاحقاً.

وعلى شاكلة نفس الدراسة السابقة قامت دراسة (Janice, and Jeanette,1989) بتحليل الخبرات الانفعالية لعدد (١٢) خبرة انفعالية لدى عينة قوامها (٢٦٢) ذكراً وأنثى من المراهقين، تبين منها أن من أبرز الخبرات الانفعالية التي يتسم بها الإناث هي الاعتداء على الذات، وقد جاء ترتيبها الثالث بعد انفعالي الشعور بالخجل والذنب، أما الذكور فقد تقدمت لديهم سمة ازدراء أو احتقار الغير بعد انفعالي الدهشة والحزن.

وفـي مجـال المقارنـة بين الذكور والإنـاث في دراسة هدفت إلى التعرف إلـى الاكتئاب وعلاقته بالعدوان، بينت دراسة (رشاد علي،١٩٩٣) وجود عدة عوامل طائفية بين الاكتئاب والعدوان، من هذه العوامل بالنسبة للذكور (ن= ٩٥) من طلاب الجامعة، عدم احترام آراء الآخرين، الشعور بالفراغ، الشعور بالإعاقة،عدم الإذعان، الفظاظة والخشونة، التقريع والنقد. وبالنسبة للإناث (ن=٨٥) مـن طالـبات الجامعـة: عوامـل التردد والإحسـاس بـالظلم والشـعور بالفراغ، الرغبة في إلحاق الأذى بالذات وبالآخرين، والتقلب المزاجي، وعدم الإذعان، والشعور بعداوة الآخرين، والرغبة في المشاكل، ويلاحظ من النتائج تشابه كل من الذكور والإناث في عاملين طائفيين هما الشعور بالفراغ وعدم الإذعان مما قد يشير إلى تمردهم وعدم إدراكهم لقيمة الزمن وهي سمة غالبة تغلف حياة أغلب المراهقين.

كذلك فـي مجـال المقارنـة بين الجنسين، وبغرض التعرف على الفروق بينهما فـي العدوان الضمني (غير الصريح) والـذي يمـاثل بُعد العدوان غير المباشـر وباعتـباره شـكل مـن إشـكال العـدوان، تبيـن مـن دراسـة (;Kaj Karin, and Kirsti,1994) أن الإنــاث (ن=١٦٧) يتسـم عدوانهـن بالمراوغة أو الحيل، فهو يتماشى مـع المجتمع، ولا يخرج عن ما هو سائد مـن معايير، ولكنـه ـ كمـا سبق وتقدم ـ يهدف إلى استغلال الآخرين والتحكم فـيهم، بأسـاليب عدة مـنها الـبكاء أو الانخـراط فـي سـورة غضـب أو الـتهديد بالانـتحار، أمـا الذكور (ن=١٦٢) فعدوانهم عقلانـي وغير عشوائي ولا يتسم بالتلاعـب أو المـراوغة. وفــي مجــال المقارنــة بيــن الجنســين تبيــن أن كــلا الجنسين تباينا فـي نـوع العدوان الضمني، ولا يمكن القول أن هذا النوع من العدوان في صف الذكور دون الإناث أو العكس.

وقد قام (Kaj, 1994) بعد ذلك بدراسة أخرى راجع فيها العديد من الدراسات السابقة التي أجريت في مجال دراسة العدوان لدى الذكور والإناث، من حيث إن كل الدراسات رأت أن العدوان سمة غالبة لدى الذكور مقارنة بالإناث. ففي تحليله لدراسة (Buss,1961) وجد أنه أشار إلى أن العدوان نادراً ما يكون لدى الإناث، وإن حدث يكون غير ذي قيمة، أما (Olweus, 1978) فقد ذكر أن التنمر أو الاستنساد Bullying على الغير، والسلوك المتسم بمضايقة الآخرين هو سلوك قاصر على الذكور المراهقين، ونفس الحال في دراسة (Frodi; Maculay and Thome, 1977) حيث تبين أن(٥٤%) من سلوك التنمر يخص الذكور دون الإناث، ويذكر(Kaj,1994) انه ليس صحيحاً ولا مقبولاً من الناحية الاجتماعية الإدعاء بان صفة العدوان صفة لصيقة بالذكور، فهناك دراسات عديدة أجريت على الذكور فقط، وحتى عند دراسة العدوان لدى الجنسين غالبا ما يتم دراسة أبعاد معينة من أبعاد العدوان كالعدوان البدني والذي غالبا ما يكون في صف الذكور وليس الإناث نظراً لطبيعة تكوينهم البدني مقارنة بالإناث، وبالتالي فإن المقارنة في هذا لا تكون عادلة بين الجنسين من حيث تميز جنس دون آخر بالعدوان، وهذا ما كشفت عنه دراسة (Bjorkqvist and Niemela, 1992)، وكما يقول (Kaj, 1994) هناك دراسات انثروبولوجية أكدت على عدم وجود فروق بين الجنسين في العدوان، من هذه الدراسات دراسة (Cook, 1992) ودراستي (Fry, 1988, 1990).

وفى النهاية يؤكد (Kaj, 1994) القول بأنه لا يوجد سبب يجعلنا نعتقد أن الإناث أقل عدواناً أو ميلاً للصراع، والسبب ببساطة أنهن أضعف من الذكور، لكنهن يطورن وسائل أخرى غير العدوان البدني أو المباشر، وتلك

الوسائل غالباً ما تأتي بنتائج جيدة لصالحهن، فالمظاهر الهامة للعدوان ليست فقط في القوة أو القدرة البدنية التي تجعل الفرد قادراً على العدوان ضد الغير.

وعلى نفس المنحى سارت دراسة (Crick, and Grotpeter, 1995) والتي أجريت على افتراض وجود نقص في بحوث العدوان التي ترى أن الذكور (كمجموعة) أكثر عدواناً من الإناث. وهذا النقص يُخفي وجود صور من العدوان ترتبط بالإناث أكثر مما ترتبط بالذكور. وقد كشفت نتائج دراستهما التي أجريت على عينة قوامها (٤٩١) ذكراً وأنثى بالصفوف من الثالث وحتى السادس، أن الإناث يتميزن بالعدوان الضمني (غير الصريح) ويظهر هذا النوع من العدوان في علاقتهن سواء مع الذكور أو الإناث، بخلاف العدوان الظاهر أو الصريح (كاللفظي والبدني) والذي يسود لدى الذكور أكثر مما لدى الإناث. وقد ربطت النتائج بين هذا النوع من العدوان لدى الإناث وبين اعتلال الصحة النفسية، فهو بمثابة علامة خطر دالة على سوء التوافق النفسي بين المجموعات الأنثوية التي يسود لديها هذا النوع من العدوان. ومن أمثلة سوء التوافق أن الإناث كن أكثر شعوراً بالوحدة و الاكتئاب والنبذ والعزلة.

أما دراسة (Mary and Kelly, 1996) فقد أجريت على عينتين الأولى تتكون من (٦٤ ذكراً، ٥١ أنثى) من طلاب الجامعة من الإنجليز والأسبان، والثانية تتكون من (٥٧ ذكراً، ١٢ أنثى) ممن يخدمون بأحد القواعد الحربية. وقد كشفت النتائج أن الذكور أكثر عدواناً من الإناث في كلتا المجموعتين بشكل عام. كما بينت وجود فروق دالة لصالح الذكور في العدوان البدني، ولم تكن هناك فروق دالة بينهما في العدوان اللفظي والعدائية والغضب، وكان من أهم ما كشفت عنه النتائج أن ارتفاع مستوى التعليم والتقدم في العمر يرتبطان بشكل سلبي بالعدوانية لدى كلا الجنسين. كما بينت

النتائج أن الإساءة اللفظية والتهديدات منبئان بكل من العدوان البدني لدى كل من الجنسين.

وفي مجال الفروق بين الجنسين، أيضاً، وفي دراستين نشرتا في مؤلف بعنوان "سيكولوجية الفروق بين الجنسين (لرشاد على، ١٩٩٨)، نعرضهما على النحو التالي:

الدراسة الأولى: تناولت هذه الدراسة الفروق بين الجنسين في مستويات العدوان، وذلك على عينة قوامها (٤٨) مراهقاً من المرحلة الثانوية، و(٤٨) مراهقة من ذات المرحلة التعليمية، وذلك بتطبيق مقياس العدوان للمراهقين، وقد كشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور مرتفعي العدوان والإناث مرتفعات العدوان على مظاهر العدوان الآتية: العدوان الموجه نحو الآخرين، العدوان الموجه نحو الأشياء، والعدوان الكلي، وذلك لصالح الذكور مرتفعي العدوان، كما تبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور مرتفعي العدوان والإناث مرتفعات العدوان وذلك فيما يتعلق بالعدوان الموجه نحو الذات. وأيضاً وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور مرتفعي العدوان والإناث منخفضات العدوان على مظاهر العدوان التالية: العدوان الموجه نحو الآخرين، والعدوان الموجه نحو الأشياء، والعدوان الكلى لصالح الذكور مرتفعي العدوان، كما بينت النتائج أيضاً وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور منخفضي العدوان والإناث منخفضات العدوان على مظاهر العدوان التالية: العدوان الموجه نحو الآخرين، والعدوان الموجه نحو الأشياء، والعدوان الكلى، بينما وجد فرق دال إحصائياً لصالح الإناث في العدوان الموجه نحو الذات.

والنتائج على النحو المذكور سلفاً توضح أن الذكور مرتفعي العدوان أكثر عدوانية في مظاهر العدوان بالمقارنة إلي الإناث منخفضات العدوان

ومرتفعات العدوان، فيما عدا العدوان الموجه نحو الذات، حيث انتهى لصالح الإناث مرتفعات العدوان، بالإضافة إلى ذلك تبين أن الذكور منخفضي العدوان أكثر عدوانية في مظاهر العدوان التالية: العدوان الموجه نحو الآخرين والموجه نحو الأشياء والعدوان الكلى بالمقارنة إلى الإناث منخفضات العدوان، فيما عدا العدوان الموجه نحو الذات فانتهت نتائجه لصالح الإناث مرتفعات العدوان ومنخفضات العدوان، بالإضافة إلى أن الإناث مرتفعات العدوان أكثر عدوانية في العدوان الكلي. والنتيجة النهائية تعنى أن الذكور أكثر عدواناً في أشكال العدوان الآتية: العدوان نحو الآخرين والعدوان الكلى، في حين أن الإناث أكثر عدوانية نحو الذات مقارنة بالذكور.

أما الدراسة الثانية: فقد أجريت لنفس الأسباب التي ذكرت سلفاً في الدراسة الأولى، ولكن باستخدام مقياس العدوان للشباب، وذلك على عينة قوامها (٤٠) طالباً من كلية التربية جامعة الأزهر، و(٤٠) طالبة من كلية الدراسات الإنسانية بذات الجامعة. وقد بينت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور مرتفعي العدوان والإناث مرتفعات العدوان لصالح الذكور مرتفعي العدوان. كما بينت وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور مرتفعي العدوان والإناث منخفضات العدوان لصالح الذكور مرتفعي العدوان. وكذلك وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور منخفضي العدوان والإناث مرتفعات العدوان لصالح الإناث مرتفعات العدوان. وبالمثل بينت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور منخفضي العدوان والإناث منخفضات العدوان لصالح الذكور منخفضي العدوان.

ومن ثم يتضح من النتائج المشار إليها سلفاً أن الذكور مرتفعي العدوان أكثر عدواناً من الإناث مرتفعات العدوان ومنخفضات العدوان، كما أن الذكور منخفضي العدوان أكثر عدوانية من الإناث م[illegible]ضات العدوان. وعليه، ووفق

نتائج الدراستين، نجد أن الذكور المراهقين والشباب أكثر عدواناً من الإناث بشكل عام.

وقد أكدت دراسة (Julie and Marion,1999)، على أن العدوان الاجتماعي والبدني غير قاصر على جنس دون الآخر،غير أن الإناث يتأثرن بشكل يُحدث لديهن الكروب بسبب العدوان وذلك مقارنة بالذكور، هذا وقد كشفت النتائج عن أن تكرار ظهور السلوك العدواني الاجتماعي إنما يرتبط بشكل دال وقوي بمفهوم الذات لدى الذكور أكثر مما لدى الإناث. كما كشفت الدراسة عن أن معظم سلوكيات العدوان الاجتماعية إنما تحدث بسبب الأقاويل أو القيل والقال التي تحدث بين الأفراد.

وفى دراسة عبر ثقافية على عينة من الطلاب اليابانيين والأسبان من الجنسين (ن=٤٠٠) طالب وطالبة من طلاب الجامعة، كشفت دراسة (Martin; Manuel, and Takehiro, 2001) أن الذكور في الثقافتين أكثر عدواناً بدنياً ولفظياً وعدائياً، أما الإناث في كلتا الثقافتين فهن الأكثر إظهاراً للعدوان التعبيري، وفى مجال المقارنة بين ذكور البلدين، تبين أن الذكور اليابانيين أكثر عدواناً لفظياً وهم أكثر عدائية، كما أنهم أكثر غضباً من الأسبان، وكذلك هم الأكثر إظهاراً للتعبير عن عدوانهم.

وبالمثل دراسة (فؤاد على العاجز،٢٠٠٢) والتي أجريت بهدف التعرف إلى العوامل المؤدية إلى تفشي ظاهرة العنف لدى طلاب المرحلة الثانوية في مدارس محافظات غزة، وكذلك الفروق بين الجنسين في العنف. تبين أن الذكور أكثر عنفاً من الإناث.

وبحثت كذلك دراسة (Katy and Michael, 2004) الفروق بين الجنسين في أبعاد العدوان (اللفظي، البدني، غير المباشر) وعلاقتها بمعتقداتهم إزاء العدوان التعبيري والعدوان الوسيلي (هو السلوك الذي

يقصد به تحقيق أهداف معينة، وليس بالضرورة إيذاء الشخص الواقع عليه)، كما تم ملاحظة أفراد العينة من الجنسين خلال فترات الراحة بمدارسهم، وذلك من خلال كاميرات فيديو غير مرئية، وميكروفونات لاسلكية. وقد كشفت النتائج عن مستويات مرتفعة من العدوان البدني المُلاحظ بين الذكور أكثر مما بين الإناث، هذا ولم تكشف النتائج عن تفاعل دال بين العمر والجنس، كما بينت النتائج أن الإناث أكثر عدواناً لفظياً، كما أنهن الأكثر إظهاراً للعدوان غير المباشر مقارنة بالذكور.

وفى دراسة (نعيمة شاطر، ٢٠٠٥) والتي أجريت بهدف التعرف إلى العلاقة بين تنشئة الأم وسلوك العنف لدى الأبناء (ذكوراً وإناثاً) بينت النتائج أن متوسط درجات الذكور من طلاب المرحلة المتوسطة (ن=٣٩٧) أعلى من مستوى درجات الإناث (ن=٣٨٠) من ذات المرحلة، وذلك على بُعد العدوان/العداء، غير أن الفروق لم تكن دالة بين الجنسين على مقياس العدوان العام.

وبالمثل دراسة (Mary, 2006"a") كشفت في موضوع دراستها عن التعرف إلى تأثير جنس المفحوص والغرض من العدوان، أن الذكور من طلاب الجامعة (٤١٤ طالب وطالبة) أكثر عدواناً من الإناث، كما بينت أن الذكور يميلون إلى توجيه عدوانهم تجاه أقرانهم، لا تجاه الجنس الآخر- الإناث - كما كشفت الدراسة أن الأنثى تكون أكثر عدواناً تجاه شريكها العاطفي أكثر مما لو وجهت عدوانها تجاه ذكر لا ترتبط به بعلاقة عاطفية.

وقامت (Mary, 2006"b") بدراسة أخرى على عينة قوامها(٣٦٣) من طلاب الجامعة وطالباتها من الإنجليز والأسبان، حيث قرر الطلاب الإنجليز أنهم الأكثر عدواناً مقارنة بالطلاب الأسبان، وذلك عندما يتجه عدوانهم تجاه الشخص المعتدي أو الهدف الصادر منه العدوان. ولم تكشف

النتائج عن فروق دالة بين الثقافتين في العدوان بشكل عام، كما كشفت النتائج عن فروق دالة بين الجنسين في العدوان، فالذكور هم الأكثر عدواناً، وعدوانهم مستمر طوال فترة الحياة وخلال آخر شهر، كما سجل الذكور درجات مرتفعة – مقارنة بالإناث – على كل من بُعدى العدوان المادي والعدوان اللفظي.

٢- دراسات العدوان الارتباطية:

أول هذه الدراسات دراسة (Spielberger,1988) التي هدفت إلى التحقق من الخصائص السيكومترية لقائمة التعبير عن الغضب "السبيلبرجر" ببعديها: الغضب كحالة والغضب كسمة، والتعبير عنها بثلاث صور هي: (ضبط الغضب – قمع الغضب - إظهار الغضب)، وقد قننت القائمة- ٤٤بنداً- على عينة كبيرة العدد قوامها (٩٠٠٠) فرداً من الجنسين، من قطاعات عديدة من المجتمع منهم الفنيين والبائعين والموظفين والعسكريين والعاملين في برامج إدارة الغضب والطلبة وعمال البريد. وقد تباينت أعمار الأفراد، غير أن المتوسط العام للعينة كان (٤٠) عاماً.

وقد حسب ثبات القائمة بطريقة (ألفا- كرونباخ) على (٣) عينات من الجنسين من البالغين وطلاب الجامعة والمراهقين، حيث تراوحت معاملات الثبات بين (٠,٦٩: ٠,٩٢) للبالغين، و(٠,٧٠: ٠,٩٣) لطلاب الجامعة، و(٠,٦٥: ٠,٩٠) للمراهقين، كما حسب الصدق التقاربي والتباعدي، وذلك بتطبيق مقياس سمة القلق مع كل من قائمة بص- ديركي للعدائية، ومقياس العدائية من مقياس MMPI، وكذلك مقياس العدائية الصريحة المشتق أيضاً من مقياس MMPI. وقد كانت بلغت معاملات الارتباط مع قائمة بص- ديركي (٠,٦٩)، و (٠,٥٠) مع مقياس العدائية، و(٠,٣٠) مع مقياس العدائية الصريحة.

وقد حُسبت معاملات الارتباط للتحقق من الصدق التمييزي بين مقياس الغضب كحالة مع كل من مقاييس الانطواء والعصابية والذهانية والكذب وهي المقاييس الفرعية من استخبار أيزنك، وكذلك قائمة القلق كحالة وسمة وحب الفضول كحالة وكسمة، وقد بلغت معاملات الارتباط (-٠,٦)، (٠,٣٥)، (٠,٢٧)، (-٠,٨)، (٠,٦٣)،(٠,٣٣)، (-٠,١٣)، (-٠,١٦) على التوالي، كما حسبت ذات المعاملات لمقياس الغضب كسمة مع المقاييس السابقة، فبلغت (-٠,٠١)،(٠,٥٠)،(٠,٢١)، (-٠,٢٣)،(٠,٢٢)، (٠,٣٨)،(٠,١٢)، (-٠,٨).

وقد كانت معاملات الارتباط لحالة القلق وحالة الغضب مرتفعة نسبياً، بينما كانت منخفضة بين حالة القلق وسمة الغضب، وكذلك بين سمة القلق وكل من حالة الغضب وسمة الغضب. وفيما يتعلق بالتعبير عن الغضب داخلياً أو خارجياً، فقد كانت الارتباطات غير دالة بين سمة وحالة القلق من جهة، والتعبير عن الغضب للداخل أو للخارج من جهة أخري. أما مقياس حب الفضول (كحالة وسمة) فقد كانت ارتباطاته مع حالة وسمة الغضب غير دالة، ولم تكن له ارتباطات دالة مع التعبير عن الغضب داخليا أو خارجياً.

والنتائج كما عُرضت تبين أن هناك معاملات ارتباط مرتفعة وأخري منخفضة. غير أنها في مجملها توضح الصدق التمييزي لقائمة حالة وسمة الغضب والتعبير عنها في صورتها الأصلية.

أما التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلينج، والتدوير المتعامد بطريقة الفاريماكس "الكايزر" لكل قسم من أقسام القائمة على حدة (الحالة والسمة)، فقد تم على عينة قوامها (٢٨٠) طالب، و(٢٧٠) من المجندين البحريين. وقد أسفر التحليل العاملي لبنود حالة الغضب عن وجود عامل واحد بسيط تشبعت عليه جميع البنود.

كما أسفر التحليل العاملي لبنود سمة الغضب عن وجود عاملين هما: المزاج الغاضب، ورد الفعل الغاضب، أما مقياس التعبير عن الغضب فقد أسفر التحليل العاملي لبنوده عن وجود (٣) عوامل هي: التعبير عن الغضب داخلياً، والتعبير عن الغضب خارجياً، وأخيراً ضبط الغضب. وتوضح هذه النتائج استقلالية كل بعد من الأبعاد التي تقيسها القائمة.

أما دراسة (Buss and Perry,1992) ففيها أيضاً حُسبت الخصائص السيكومترية لقائمة "أرنولد بص ومارك بيري" للعدوان، وهي تتكون من أربعة مقاييس فرعية هي: العدوان البدني (٩) بنود، والعدوان اللفظي (٥) بنود، والغضب (٧) بنود)، وأخيراً العدائية (٨) بنود.

وقد حُسب ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي، كما حسب له ثبات الاستقرار وصدق التكوين. وقد تبين أن المقياس يتمتع بقدر معقول من الثبات والصدق. وقد تبين بعد حساب الارتباطات بين الأبعاد الأربعة وجود علاقة ارتباطية ايجابية بين أبعاد العدوان الأربعة. وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٢٥) إلى (٠,٤٨) وهي دالة عند مستوى (٠,٠١).

أما دراسة (نبيل حافظ ونادر قاسم، ١٩٩٣) فقد كانت بغرض إعداد مقياس لقياس أشكال السلوك العدواني وهي (العدوان المادي، العدوان اللفظي، العدوان السلبي، السلوك السوي أو العادي)، وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس. وقد وجد الباحثين وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المقاييس الأربعة تتراوح بين (٠,١٨- ٠,٥٢) وهي معاملات دالة عند مستوى (٠,٠٥)، ويمكن تفسير ذلك بأن جميع جوانب المقياس تقيس سمة واحدة هي السلوك العدواني. وقد أسفر التحليل العاملي عن وجود عامل عام مشترك بين أربعة عوامل طائفية ذات دلالة إحصائية أطلق عليه

عامل الاستجابة لمواقف الإحباط، أما العوامل الطائفية المرتبطة به فهي: العدوان المادي- العدوان اللفظي- العدوان السلبي- السلوك السوي أو العادي.

وفى دراسة (معتز سيد وصالح عبد الله ، ١٩٩٥) والتي أجريت على عينات من الطلاب والطالبات تمثل المرحة المتوسطة والمرحلة الثانوية والمرحلة الجامعية. وقد كشفت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين أبعاد العدوان الأربعة النوعية (الغضب ، العداوة ، العدوان اللفظي ، العدوان البدني). كما كانت النتائج متماثلة – أيضاً – بين مجموعات الدراسة الثلاث، مع ملاحظة أن قيم معاملات الارتباط كانت أعلى لدى مجموعة المرحلة الجامعية تلاها الثانوية ثم المتوسطة. وقد ارتبط الغضب بالعدوان البدني ارتباطاً واضحاً في مجموعات الدراسة الثلاث. بينما كان ارتباط الغضب بالعدوان اللفظي أقل من المتوقع وبخاصة لدى مجموعتي المرحلة المتوسطة والجامعية. كما كشفت الدراسة عن وجود فروق بين المجموعات العمرية الثلاث في انتظام هذه الإبعاد الأربعة للسلوك العدواني، فقد ظهرت عوامل نوعية نقية لكل من العدوان البدني والعداوة في مجموعة المرحلة المتوسطة، وظهرت عوامل مماثلة للعدوان اللفظي والعدوان البدني والغضب في مجموعة المرحلة الثانوية، بينما ظهرت عوامل مماثلة للعدوان البدني والعداوة لدى مجموعة المرحلة الجامعية. وقد كان عامل العدوان البدني أكثر عوامل العدوان استقراراً، حيث ظهر لدى مجموعات الدراسة الثلاث، كما ظهر عامل أقرب للعدوان العام لدى مجموعتي المرحلة الثانوية والمرحلة الجامعية، حيث تشبعت عليه عدة بنود تمثل الأبعاد الأربعة المفترضة للسلوك العدواني، ولم يظهر عامل العدوان اللفظي بصورة نقية إلا لدى مجموعة المرحلة الثانوية، بينما ظهر عامل العداوة لدى مجموعتي المرحلة المتوسطة والمرحلة الجامعية، ولم يظهر، بصورة نقية لدى مجموعة المرحلة الثانوية.

وأخيراً فقد تجمعت بنود الغضب مع العدوان البدني على مجموعة من العوامل المتمايزة، التي ظهرت لدى مجموعات الدراسة الثلاث.

وفى دراسة قام بها (,Archer; Kilpatrick, and Bramwell 1995) بغرض التعرف إلى الخصائص السيكومترية لكل من قائمة (Buss and Perry, 1992) للعدوان ، وكذلك قائمة (Gladue, 1991"a")، وذلك على عينة قوامها (٣٢٠) طالباً من الجنسين، وقد كشف التحليل العاملي عن عامل مستقل للغضب ارتبط إيجابياً بكل من العدوان اللفظي والعدوان البدني، وذلك بالنسبة لمقياس "بص- بيرى".كما ارتبطت الاندفاعية كعامل مستقل أيضاً بكل من العدوان اللفظي والعدوان البدني، وذلك على القائمة الثانية، كما كشفت النتائج عن ارتباط إيجابي دال بين المقاييس الفرعية لكلا القائمتين على متغيري العدوان اللفظي والعدوان البدني، أما متغير الاندفاعية الفرعي من القائمة الثانية فقد ارتبط بشكل دال ومرتفع بمقياس الغضب الفرعي من القائمة الأولى.

وفى دراسة قام بها كل من (Karina, and Peter, 1995) بتطبيق مقياسي (كوك وميدلي للعدائية، ومقياس سمة الوجدان السالب) وذلك على عينة قوامها (٤٦) ذكراً و (٧٦) أنثى، وقد كشفت النتائج أن العدائية لدى الإناث قد ارتبطت إيجابياً بمتغير الاستهزاء (من مقياس العدائية) بينما لم ترتبط بالوجدان السالب. وعند بحث التقرير الذاتي للعدائية لدى أفراد عينة البحث، وكذلك سمة الوجدان السالب، بينت النتائج تقارب بين ما قرره الذكور عن أنفسهم وبين درجاتهم على مقياسي العدائية وسمة الوجدان السالب.

أما دراسة (Archer; Holloway, and Mcloughlink,1995) فقد أجريت على عينتين الأولى قوامها (١٠٠) طالب جامعي طبق عليهم استخبار للعدوان، وقيس في ذات الوقت لديهم مستويات هرمون الجنس

الذكري(تيستوستيرون testosterone)، أما العينة الثانية فتكونت من مجموعتين الأولى قوامها (٨٨) طالباً جامعياً، والثانية (٨٧) رجلاً من المتعطلين عن العمل. وقد كشفت النتائج عن ارتباط ضعيف بين قوة البدن (الجسد) والعدوان البدني. وعلى العكس من ذلك فقد كشفت نتائج دراسة العينة الثانية أن الطلاب والمتعطلين قد أظهروا ارتباطات ايجابية دالة بين الدور الذي يقومون به والمتضمن للصلابة والقوة وبين حدوث العدوان البدني.

وفي دراسة قام بها (Kathryn,1998)، وذلك على عينة قوامها (٢٤٥) ذكر، و(٤١١) أنثى من طلاب الجامعة لفحص العلاقة بين العدوان البدني والعدوان الجنسي لدى الجنسين، تبين وجود ارتباط دال موجب بينهما. كما تبين أن العدوان البدني إذا جاء مع العدوان الجنسي فإن هذا يسبب ارتفاع درجة العدوان ككل، وذلك عما لو حدث كل عدوان بمفرده.

أما (معتز سيد، ١٩٩٨) فقد كانت دراسته عن علاقة السلوك العدواني (العدوان الكلى – العدوان البدني – العدوان اللفظي – الغضب – العداوة)، ببعض متغيرات الشخصية (توكيد الذات – نمط السلوك "أ"، تقدير الذات)، وذلك على عينة قوامها (١٨٨) من طلاب الجامعة.

وقد جاءت النتائج متفقة مع التصور النظري والذي قام على افتراض عام هو: أن متغيرات الشخصية موضوع الاهتمام (توكيد الذات، ونمط السلوك "أ" وتقدير الذات) ترتبط ارتباطات دالة بأبعاد السلوك العدواني النوعية، فضلاً عن الدرجة الكلية للسلوك العدواني. وإذا ما تبين وجود ارتباطات دالة بين هذه المتغيرات تكون الخطوة التالية هي محاولة الوقوف على تأثير هذه المتغيرات على أبعاد السلوك العدواني أو إمكان أن تُنبئ متغيرات الشخصية بالسلوك العدواني من خلال معامل الانحدار المتدرج.

وأخيراً اختبار التفاعل بين المتغيرات التي يتبين أنها تنبئ بأبعاد السلوك العدواني. وقد تبين بالفعل ارتباط أبعاد السلوك العدواني ارتباطات دالة بكل من نمط السلوك "أ" وتقدير الذات ، الأول ارتباطاً موجباً، والثاني ارتباطاً سالباً حسب التوقع، بينما لم يرتبط السلوك العدواني بتوكيد الذات. واتفقت نتائج الانحدار المتدرج مع نتائج الارتباطات الخطية (المستقيمة)، حيث تبين أن كلا من نمط السلوك "أ" وتقدير الذات يُنبئان بالسلوك العدواني. وعن التفاعل بين نمط السلوك "أ" وتقدير الذات لم يكشف تحليل التباين ذي التصنيف في اتجاهين عن تفاعل دال بين المتغيرين مما يؤكد الأثر المستقل لكل منهما، ويمكن القول أن النتائج في مجملها قد سارت مع التوقع العام أو التصور النظري الذي انطلقت منه الدراسة.

أما دراسة (Ana, et al., 2002) فقد قامت بإعادة تقنين مقياس "أرنو لد بص ومارك بيري" للعدوان على عينة من الأسبان (٣٨٤ ذكر وأنثى) من طلاب الجامعة، وقد بينت النتائج أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات والصدق، كما أسفر التحليل العاملي عن ذات العوامل الأربع (الغضب- العدوان اللفظي، العدوان البدني، العدائية) التي كشف عنها التحليل العاملي لاستخبار بص- بيري وهي: العدوان البدني والعدوان اللفظي والغضب والعدائية Suspicion (البعد الأخير في مقياس بص- بيري،وهو العدائية أو العداوة، يكني باسم suspicion؛ وهو يعني الشك أو الارتياب فيما يتصل بإخلاص الآخرين، وهذا ما توضحه البنود الأربعة التي تشير إليه في المقياس الأصلي. وقد ترجم هذا البعد باسم العداوة أو العدائية في الكثير من الدراسات العربية التي تناولت المقياس). وقد كانت جميع معاملات الارتباط بين الأبعاد الأربع دالة.

وقد حسب الصدق التقاربي للمقياس بتطبيق قائمة الغضب كحالة وسمة والتعبير عنها لسبيلبرجر، ومقياس كوك وميدلي للعدائية، وقائمة بص- دوركي للعدائية.وقد كشفت النتائج عن تمتع الاستخبار بالصدق التقاربي

وفيما يتعلق بقائمة (سبيلبرجر) للغضب والتعبير عنه كانت معاملات الارتباط بين أبعاد العدوان لاستخبار "بص- بيري" للعدوان، والقائمة علي النحو التالي: بالنسبة للغضب كسمة فقد أرتبط ارتباطا إيجابياً بأبعاد العدوان الأربع، وكذلك الدرجة الكلية للعدوانية وكانت جميعها دالة عند مستوى (٠,٠١)، أما بعد الغضب كحالة فقد ارتبط بشكل دال إيجابياً مع كل من الغضب والعداوة والدرجة الكلية للعدوانية وكانت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى (٠,٠١). ولم يرتبط الغضب كحالة بكل من العدوان اللفظي والعدوان البدني، حيث بلغت معاملات الارتباط (٠,٠٩)، (٠,١٧) على التوالي.

وفيما يتعلق بباقي المقاييس الفرعية لمقياس الغضب لسبيلبرجر وهي "المزاج الغاضب" و "رد الفعل الغاضب" اللذين أسفر عنهما التحليل العاملي "السمة الغضب"، وكذلك التعبير عن "الغضب" والذي أسفر التحليل العاملي لهما عن (٣) عوامل هي التعبير عن الغضب داخليا، والتعبير عن الغضب خارجياً، وأخيراً ضبط الغضب، فقد تباينت الارتباطات بينهم وبين أبعاد العدوان ما بين ارتباط إيجابي وسلبي دال، وارتباط إيجابي وسلبي غير دال.

ومن الدراسات الارتباطية أيضاً دراسة (آمال عبد السميع،٢٠٠٣) والتي كان من أهدافها التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك العدواني والعدائي للمراهقين والشباب - المستخدم في الدراسة الحالية- والتعرف إلى العلاقة الارتباطية بين أبعاد العدوان (العدوان المادي واللفظي والعدائية والغضب)، وقد كانت معاملات الارتباط جميعها دالة عند مستوى

(٠,٠٠١) حيث بلغت بين العدوان المادي واللفظي (٠,٨٣)، والعدوان المادي والعدائية (٠,٧٥) والعدوان المادي والغضب (٠,٧٣) والعدوان اللفظي والعدائية (٠,٨٥)، والعدوان اللفظي والغضب (٠,٧٤)، والعدائية والغضب (٠,٨١). وقد أكدت الدراسة تمتع المقياس بمعايير صدق وثبات مقبولين.

وفى دراسة قام بها (فريح عويد، ٢٠٠٤) هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين العدوانية وبعض سمات الشخصية (القلق – الانبساط – تقدير الذات)، وذلك على عينة قوامها (٣٠٣) من طلبة المرحلة الثانوية بدولة الكويت، وباستخدام عدداً من المقاييس هي: العدوان – تقدير الذات – الانبساط – القلق، انتهت الدراسة إلى العديد من النتائج منها: وجود علاقة ارتباطية دالة عند مستوى (٠,٠١) بين العدوانية والقلق العام،وبالنسبة للجنسين تبين وجود علاقة ارتباطية دالة بين العدوانية والقلق العام لدى الذكور عند مستوى (٠,٠١)، وعدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين العدوانية والانبساط لدى الذكور،وكذلك بين العدوانية وتقدير الذات لدى الذكور أيضاً، أما الإناث فقد تبين وجود علاقة ارتباطية بين العدوانية لديهن والقلق العام عند مستوى (٠,٠١)، ووجود علاقة ارتباطية سالبة دالة بين العدوانية وتقدير الذات عند مستوى (٠,٠٥)، كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرتفعين والمنخفضين على متغير القلق العام لصالح مرتفعي العدوانية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١)، وكذلك عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المرتفعين والمنخفضين في العدوانية على متغيري الانبساط وتقدير الذات. وأخيراً فقد اختلف البناء العاملي للعدوانية باختلاف النوع أو الجنس (ذكور/إناث) وذلك على النحو التالي: كشف التحليل العاملي عن (٥) عوامل بالنسبة للذكور هي: عامل سرعة الاستثارة وعامل الاستياء وعامل

العدوان المادي مقابل العدوان الصريح وعامل الشعور بالاضطهاد والشعور بالشك والريبة. أما عوامل الإناث فكانت (٥) عوامل أيضاً هي، والعوامل هي: عامل سرعة الاستثارة، وعامل الشعور بالاستياء، وعامل الاتجاه نحو العنف، وعامل الغضب، وعامل الشعور بالاضطهاد.

فروض الدراسة:

بعد استقراء الأطر النظرية والدراسات السابقة وما أثير في مشكلة الدراسة، يتوجه الباحث بوضع مجموعة من الفروض للتحقق من صحتها وهي:

١- تتباين درجتي الغضب كحالة والغضب كسمة بتباين المراحل العمرية (أقل من ٢٠ عاماً، من ٢٠ – ٢٥ عاماً، أكثر من ٢٥ عاماً) لدى كل من الذكور والإناث.

٢- من المتوقع أن يتباين ترتيب متغيرات البحث بتباين المستويات الاقتصادية: المنخفضة – المتوسطة – المرتفعة، وذلك لدى كل من الذكور والإناث.

٣- توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في أبعاد الغضب: الغضب كحالة والغضب كسمة، وأبعاد العدوان: العدوان المادي والعدوان اللفظي والعدائية.

٤- الارتباطات جوهرية موجبة بين متغيرات الدراسة المتمثلة في بعدي الغضب: الحالة والسمة، وأبعاد العدوان: المادي واللفظي والعدائية.

٥- يوجد تفاعل بين المتغيرات الديموجرافية في تأثيرهم المشترك على كل من الغضب كحالة والغضب كسمة.

٦- يختلف التركيب العاملي لمتغيرات الدراسة باختلاف الجنس: الذكور والإناث.

مصطلحات الدراسة

تنقسم مصطلحات الدراسة إلى ما يلي:

أولا: المصطلحات المرتبطة بالغضب:

اهتم "سبيلبرجر" في تعريفه للغضب بكل من طبيعة الغضب ودرجته، وقد أفرد لكل منهما مصطلح على النحو التالي:

١- حالة الغضب: حالة عاطفية تتركب من أحاسيس ذاتية تتضمن التوتر والانزعاج والإثارة والغيظ.

٢- سمة الغضب: وتُعرف بلغة الكم بعدد المرات التي يشعر فيها الفرد بحالة الغضب في وقت محدد.

والشخص مرتفع سمة الغضب يميل للاستجابة لكل المواقف بالغضب أو غالبيتها. (محمد السيد عبد الرحمن وفوقية حسن، ١٩٩٨ :٩)

ثانياً: المصطلحات المرتبطة بالعدوان:

حددت "آمال عبد السميع" أربع أبعاد مرتبطة بالعدوان، انتقى الباحث منها ثلاثة أبعاد بعد استبعاد بُعد الغضب، نظراً لاستخدام مقياس الغضب المذكور آنفاً، والأبعاد الثلاثة هي:

١- السلوك العدواني المباشر: يقصد به "توقيع الأذى أو الضرر بالآخرين أو بالذات، وتم التعبير عنه بطريقة مباشرة وواضحة. وتشمل العدوان المادي ويتم التعبير عنه بطريقة مباشرة وواضحة".

٢- السلوك العدواني اللفظي: يقصد به: "الاستجابة اللفظية التي تحمل الإيذاء النفسي والاجتماعي للخصم أو للمجموعة وجرح مشاعرهم أو

التهكم بسخرية منهم، ويشمل كل التعبيرات اللفظية غير المرغوبة اجتماعيا وخُلقياً".

٣- العدائية: تعتبر صورة العدائية هي عدوانية كامنة يتم التعبير عنها بصورة ضمنية وغير صريحة أحياناً، وبصورة صريحة دون مهاجمة أو تحطيم كما هو في السلوك العدواني المباشر، وتعتبر جزء من العقابية العامة لدى الفرد وتأخذ في اتجاهها صور منها: نقد الذات - نقد الآخرين – العدائية الصريحة – مشاعر الذنب – العدائية الهذائية المسقطة. (أمال عبد السميع،٢٠٠٣: ١٩-٢٠)

المنهج والإجراءات:

أولاً: حجم عينة الدراسة الأساسية:

بلغ قوام عينة الدراسة الأساسية (٦١٤) من الذكور والإناث وكانوا مقسمين على النحو التالي (٣٠٥) ذكور، (٣٠٩) إناث، وقد كان متوسط عمر عينة الذكور (٢٤,٠٣) بانحراف معياري قدره(٣,٠١)، أما عينة الإناث فقد كان متوسط أعمارهن (٢٣,٨) بانحراف معياري قدره (١,٩٩)، وجميع أفراد عينة البحث من طلاب جامعة المنصورة وطالبتها، سواء الذين لم يتخرجوا بعد، أو الذين تخرجوا والتحقوا بعد ذلك بالدراسات العليا، فمنهم من هو مسجل لدرجة الدكتوراه، أو لدرجة الماجستير، ومنهم من يدرس من أجل الحصول على دبلوم من ذات الكلية التي تخرج منها أو من كليات أخرى ممن تقبل خريجي الأقسام والكليات الأخرى سواء المناظرة لها أو غير المناظرة لها مثل كلية التربية. وجميع أفراد عينة البحث تم التطبيق عليهم بصورة جمعية بكليات الآداب والتربية – جامعة المنصورة، والجدول التالي يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط أعمار عينتي الدراسة:

جدول رقم (١) يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق
بين متوسط أعمار عينتي الدراسة

النوع / المتغير	الذكور		الإناث		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
العمر	٢٤,٠٣	٣,٠١	٢٣,٠٨	٢,٩٩	١,٢٩	غير دالة

ثانياً:التوزيع التكراري لعينتي الدراسة:

وفيما يلي نعرض للتوزيع التكراري لعينتي الدراسة ووصفهما، وذلك على النحو التالي:

١ـ وصف عينتي الدراسة بحسب النوع والمرحلة العمرية:

جدول رقم (٢) يوضح وصف عينتي الدراسة
بحسب النوع والمرحلة العمرية

النوع / المرحلة العمرية		أقل من ٢٠ عام	من ٢٠ـ٢٥ عام	أكثر من ٢٥ عام	الإجمالي
الذكور	التكرار	١١٨	١٠٧	٨٠	٣٠٥
	النسبة %	١٩,٢	١٧,٤	١٣,٠	٤٩,٦
الإناث	التكرار	١١٤	١١٧	٧٨	٣٠٩
	النسبة %	١٨,٦	١٩,١	١٢,٧	٥٠,٤
الإجمالي	التكرار	٢٣٢	٢٢٤	١٥٨	٦١٤
	النسبة %	٣٧,٨	٣٦,٥	٢٥,٧	١٠٠

٢ـ وصف عينتي الدراسة بحسب النوع والمستوى الاقتصادي

جدول رقم (٣) يوضح وصف عينتي الدراسة
بحسب النوع والمستوى الاقتصادي

المستوى الاقتصادي / النوع		المستوى المنخفض	المستوى المتوسط	المستوى المرتفع	الإجمالي
الذكور	التكرار	٨٦	١١٧	٦١	٢٦٤
	النسبة %	١٥,٩	٢١,٦٣	١١,٢٨	٤٨,٨
الإناث	التكرار	٨١	١٣٧	٥٩	٢٧٧
	النسبة %	١٤,٩٧	٢٥,٣٢	١٠,٩	٥١,٢
الإجمالي	التكرار	١٦٧	٢٥٤	١٢٠	٥٤١
	النسبة %	٣٠,٨٧	٤٦,٩٥	٢٢,١٨	%١٠٠

٣ـ وصف عينتي الدراسة بحسب النوع والمستوى التعليمي:

جدول رقم (٤) يوضح وصف عينتي الدراسة
بحسب النوع والمستوى التعليمي

المستوى التعليمي / النوع		طلاب جامعة لم يتخرجوا	طلاب دراسات عليا دكتوراه- ماجستير- دبلوم	الإجمالي
الذكور	التكرار	٢٢٣	٨٢	٣٠٥
	النسبة %	٣٦,٣	١٣,٤	٤٩,٧
الإناث	التكرار	٢٣٠	٧٩	٣٠٩
	النسبة %	٣٧,٥	١٢,٨	٥٠,٣
الاجمالى	التكرار	٤٥٣	١٦١	٦١٤
	النسبة %	٧٣,٨	٢٦,٢	%١٠٠

ثالثاً: مقاييس الدراسة:

استخدم الباحث في الدراسة الحالية مقياسين، نعرضهما والبيانات الإحصائية الخاصة بتقنينهما، وذلك على النحو التالي:

أ- مقياس الغضب كحالة وسمة:

قام كل من (محمد السيد عبد الرحمن وفوقية حسن عبد الحميد ، ١٩٩٨) بتعريب مقياس الغضب كحالة وسمة لسبيلبرجر، والذي يتكون من (١٥) بنداً لكل مقياس. وقد قنن المقياس بجزئيه على عينة من طلاب الجامعة (١٠٨ ذكور، ١١٧ إناث) تتراوح أعمارهم بين ١٩- ٢٤ عاما بمتوسط زمني قدره (٢١,٥)، وانحراف معياري (٥,٧٢)، وتوجد أمام كل بند من المقياسين أربعة اختيارات هي: إطلاقا، أحيانا، بدرجة معتدلة، كثيرة جدا في مقياس سمة الغضب. بينما في مقياس الغضب كحالة كانت الاختيارات: إطلاقا، أحيانا، غالبا، دائما. وقد تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وتراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٤٨)، و(٠,٦٤)، وذلك بالنسبة لبعد الغضب كحالة، بينما تراوحت بين (٠,٣٢)، و(٠,٥٩)، بالنسبة لبعد الغضب كسمة. وجميع هذه المعاملات دالة عند مستوى (٠,٠١).

كما تم حساب صدق المقياس بطريقتين:

أولاً: الصدق الظاهري: تبين أن المقياس يتمتع بدرجة مناسبة من الصدق الظاهري، من حيث وضوح بنوده أو عباراته لكونها قصيرة ومباشرة، كما أن وجود أربعة اختيارات للإجابة يسهل تحديد الإجابة من قبل المفحوصين، كما يتميز المقياس بوضوح تعليماته وقصرها.

ثانياً: الصدق العاملي: حُسب الصدق العاملي للمقياس، وقد أسفر عن وجود ثلاثة عوامل (سورة الغضب، والسلوكيات المصاحبة للغضب، الانفعالات المصاحبة للغضب)، استوعبت (٥٢,٣%) من النسبة الكلية للتباين وذلك بالنسبة للمقياس الأول: الغضب كحالة، كما أسفر عن أربعة

عوامل (الدوافع الاجتماعية والطبيعية للغضب، والاستجابة الانفعالية والسلوكية للغضب، الاندفاعية، الهياج)، وذلك بالنسبة لمقياس الغضب كسمة، وقد استوعبت العوامل (٥٣,٤%) من النسبة الكلية للتباين.

أما بالنسبة لحساب ثبات المقياس فقد تم بطريقتين هما:

١- طريقتي ألفا - كرونباخ والتجزئة النصفية: حيث كانت معاملات الثبات أكبر من (٠,٨٥) بالنسبة لمقياس حالة الغضب، وبين (٠,٧٧ – ٠,٨١) بالنسبة لمقياس سمة الغضب.

٢- طريقة الاحتمال المنوالي: تم حساب ثبات صدق المقياس عن طريق الاحتمال المنوالي، ومعامل ثبات المفردة ذات الاختيار من متعدد. وقد أكدت الدلالات الإحصائية على ثبات المفردات بما يعني أن جميعها دال إحصائيا ويمكن الوثوق بها.

تقنين المقياس في الدراسة الحالية:

أعيد تقنين المقياس على عينة من طلاب الجامعة والدراسات العليا (١٠٠ ذكور ، ١٠٠إناث)، وقد تراوح المدى العمري لهم بين (١٧- ٢٨) عاما، بمتوسط عمري قدره (٢٢,٨٧) وانحراف معياري قدره (٢,٢٣). وفيما يلي عرض لطرق تقنين المقياس ببعديه:

أولاً: الثبات: حسب الثبات بالطرق الآتية:

١- طريقة ثبات الاستقرار: فيما يلي عرض لنتائج ثبات الاستقرار لمقياس الغضب كحالة وسمة:

جدول رقم (٥) يوضح معاملات ثبات الاستقرار
ودلالتها لمقياسي الغضب كحالة وسمة لدى عينات البحث

العينة / المقياس	الذكور (ن = ١٠٠)	الدلالة	الإناث (ن = ١٠٠)	الدلالة	العينة الكلية (ن = ٢٠٠)	الدلالة
الغضب كحالة	٠,٦١	٠,٠٠١	٠,٩٢	٠,٠٠١	٠,٨١	٠,٠٠١
الغضب كسمة	٠,٩١	٠,٠٠١	٠,٨٤	٠,٠٠١	٠,٨٧	٠,٠٠١

٢ـ طريقة التجزئة النصفية: فيما يلي عرض لمعاملات ثبات مقياس الغضب كحالة وكسمة بطريقة التجزئة النصفية أو ما يسمى بثبات التنصيف (نظرا لأن عدد البنود فردي في كل من مقياسي الغضب كحالة وكسمة، فقد حُسبت معاملات الثبات بطريقة معادلة (هورست)، فهي تعالج مشكلة تقسيم الاختبار إلى قسمين غير متعادلين من حيث الطول أو عدد الوحدات. (السيد محمد خيري،١٩٩٧٠: ٤٢٥ - ٤٢٦).

جدول رقم (٦) يوضح معاملات ثبات التجربة النصفية ودلالتها
لمقياس الغضب كحالة وكسمة لدى عينات البحث:

العينة / المقياس	الذكور (ن= ١٠٠)	الدلالة	الإناث (ن= ٢٠٠)	الدلالة	العينة الكلية (ن = ٢٠٠)	الدلالة
الغضب كحالة	٠,٩٥	٠,٠٠١	٠,٩٢	٠,٠٠١	٠,٩٣	٠,٠٠١
الغضب كسمة	٠,٨٥	٠,٠٠١	٠,٩٦	٠,٠٠١	٠,٩٤	٠,٠٠١

٣ـ طريقة ثبات ألفا ـ كرونباخ:

حسب معامل ثبات ألفا ـ كرونباخ، لمقياس الغضب ببعديه، وفيما يلي عرض لتلك المعاملات:

جدول رقم (٧) يوضح معاملات ثبات ألفا ـ كرونباخ
لمقياس الغضب كحالة وكسمة لدى عينات البحث

العينة / المقياس	الذكور (ن= ١٠٠)	الدلالة	الإناث (ن = ١٠٠)	الدلالة	العينة الكلية (ن = ٢٠٠)	الدلالة
الغضب كحالة	٠,٨٤	٠,٠٠١	٠,٧٩	٠,٠٠١	٠,٨١	٠,٠٠١
الغضب كسمة	٠,٧٧	٠,٠٠١	٠,٨١	٠,٠٠١	٠,٨٠	٠,٠٠١

ثانياً: الصدق: حُسب الصدق لمقياس الغضب ببعديه من خلال صدق المفردات أو الاتفاق الداخلي والذي يعبر عن ارتباط المفردات بالدرجة الكلية، وفيما يلي عرض لتلك النتائج:

١- صدق الاتفاق الداخلي لمقياس الغضب كحالة:

جدول رقم (٨) يوضح معاملات صدق المفردات لبنود مقياس الغضب كحالة لدى عينات البحث:

البند	ذكور (ن=١٠٠)		إناث (ن=١٠٠)		عينة كلية (ن = ٢٠٠)	
	ر	الدلالة	ر	الدلالة	ر	الدلالة
١	٠,٤٨٩	٠,٠٠١	٠,٨٧٣	٠,٠٠١	٠,٧٥٤	٠,٠٠١
٢	٠,١١١	—	٠,٩٥٠	٠,٠٠١	٠,٥٩٦	٠,٠٠١
٣	٠,٢٤٧	٠,٠٢	٠,٩٣٦	٠,٠٠١	٠,٧٠٦	٠,٠٠١
٤	٠,٦٧	٠,٠٠١	٠,٩٥٠	٠,٠٠١	٠,٦٥٦	٠,٠٠١
٥	٠,٧٨٦	٠,٠٠١	٠,٦٢٨	٠,٠٠١	٠,٦٨١	٠,٠٠١
٦	٠,٧٣٦	٠,٠٠١	٠,٩٣٥	٠,٠٠١	٠,٨٦٩	٠,٠٠١
٧	٠,٢١٣	٠,٠٥	٠,٠٧٢	—	٠,١١٩	٠,٠٠١
٨	٠,٤٦٣	٠,٠٠١	٠,٩٤١	٠,٠٠١	٠,٧٨٢	٠,٠٠١
٩	٠,٣٩٦	٠,٠٠١	٠,٤٢٧	٠,٠٠١	٠,٤١٧	٠,٠٠١
١٠	٠,٩٠٧	٠,٠٠١	٠,٩٠٤	٠,٠٠١	٠,٩٠٥	٠,٠٠١
١١	٠,٧٧٦	٠,٠٠١	٠,٩٠٤	٠,٠٠١	٠,٨٦١	٠,٠٠١
١٢	٠,٥٢١	٠,٠٠١	-٠,٠١٦	—	٠,١٨٤	٠,٠١
١٣	٠,٣٢٩	٠,٠٠١	٠,٥٦١	٠,٠٠١	٠,٤٨٤	٠,٠٠١
١٤	٠,٥٧٨	٠,٠٠١	٠,٩٣٥	٠,٠٠١	٠,٨١٩	٠,٠٠١
١٥	٠,٩٠١	٠,٠٠١	٠,٨٠٠	٠,٠٠١	٠,٨٣٤	٠,٠٠١

٢- **صدق الاتفاق الداخلي لمقياس الغضب كسمة:**

جدول رقم (٩) يوضح معاملات صدق المفردات
لبنود مقياس الغضب كسمة لدى عينات البحث

البند	ذكور (ن=١٠٠)		إناث (ن=١٠٠)		عينة كلية (ن =٢٠٠)	
	ر	الدلالة	ر	الدلالة	ر	الدلالة
١	٠,٤٨٢	٠,٠٠١	٠,٠١٨-	—	٠,١٧٣	٠,٠٥
٢	٠,٤٨٢	٠,٠٠١	٠,٥٨٨	٠,٠٠١	٠,٥٥٣	٠,٠٠١
٣	٠,٧٥١	٠,٠٠١	٠,٤٦٩	٠,٠٠١	٠,٥٦٣	٠,٠٠١
٤	٠,٥٥٢	٠,٠٠١	٠,٦٨-	٠,٠٠١	٠.٢٢٩	٠,٠١
٥	٠,٥٠٧	٠,٠٠١	٠,٨٨٣	٠,٠٠١	٠,٧٥٨	٠,٠٠١
٦	٠,١١٨-	—	٠,٤٦٣	٠,٠٠١	٠,٣٤٨	٠,٠٠١
٧	٠,٠١٣	—	٠,٨٠٤	٠,٠٠١	٠,٥٤٠	٠,٠٠١
٨	٠,٧٣٨	٠,٠٠١	٠,٧٠٧	٠,٠٠١	٠,٧١٧	٠,٠٠١
٩	٠,٥٥٤	٠,٠٠١	٠,٩٣٩	٠,٠٠١	٠,٨١١	٠,٠٠١
١٠	٠,٣٥٦	٠,٠٠١	٠,٩٠٧	٠,٠٠١	٠,٧٢٣	٠,٠٠١
١١	٠,٨١٧	٠,٠٠١	٠,٧٩٥	٠,٠٠١	٠,٨٠٢	٠,٠٠١
١٢	٠,٣٤٨	٠,٠٠١	٠,٢٤٠	٠,٠٢	٠,١٣٢	٠,١٠
١٣	٠,٥٣٢	٠,٠٠١	٠,٩٢٠	٠,٠٠١	٠,٧٩١	٠,٠٠١
١٤	٠,١٣٤	—	٠,١٧٨	٠,١٠	٠,١٦٣	٠,٠٥
١٥	٠,١١٠-	—	٠,٠٩٨	—	٠,٠٢٩	—

ب ـ مقياس السلوك العدواني والعدائي للمراهقين والشباب:

أعدت هذا المقياس: آمال عبد السميع مليجي، وهو يشتمل على أربعة أبعاد ـ مقاييس فرعية ـ أساسية وهى: العدوان المادي،العدوان اللفظي، العدائية، والغضب. وقد استبعد الباحث المقياس الأخير نظراً لاستخدامه مقياس الغضب ببعديه: الحالة والسمة.

هذا ويشتمل كل مقياس فرعى على (١٤) بنداً وصفة ـ كما ترى مُعدة المقياس ـ لمسالك متباينة لمرحلة الشباب والمراهقة، حيث ينتشر السلوك العدواني بصوره ـ أشكاله ـ بين الفئتين العمريتين السابقتين في المدرسة وخارجها وفى المنزل. وتقع الإجابة على بنود المقياس في خمس مستويات تتراوح بين (٤ ـ صفر)، وتتحدد بالعبارات المحددة لدرجة السلوك بالتعبيرات التالية: كثير جدا (٤ درجات)، كثيراً (٣ درجات)، نادراً (درجة واحدة)، إطلاقاً (صفر درجة).

وقد حُسب ثبات المقياس بإعادة تطبيقه ووصل معامل الثبات (٠,٨٦) لبعد العدوان المادي، و(٠,٨٨) لبعد العدوان اللفظي، و(٠,٧٥) لبعد العدائية، و(٠,٧٧) للغضب، وتم أيضاً حساب الاتساق الداخلي للاختبار بحساب معاملات الارتباط بين المقاييس الأربعة التي تراوحت بين (٠,٧٣) : (٠,٨٥).

وبالنسبة لصدق المقياس فقد تم حسابه من خلال صدق المحكمين، وصدق المقارنة الطرفية بحساب الفروق بين الحاصلين على أعلى الدرجات وأقل الدرجات، مما جعل للمقياس القدرة على التمييز بين الأفراد ذوى المستوى العالي من السلوكيات العدوانية والعدائية والغضب، والأفراد العاديين وذوى المستوى المنخفض لهذه السلوكيات. وجدير بالذكر الإشارة إلى أن مُعدة المقياس قد قامت بتقنينه على عينة من طلاب المرحلة الأولى

بكلية التربية بكفر الشيخ، ولم ترد بكراسة التعليمات أية بيانات عن طبيعة هذه العينة أو تصنيفها أو حجمها.

تقنين المقياس في الدراسة الحالية:

قنن المقياس في الدراسة الحالية على ذات العينة السابق الإشارة إليها، وفيما يلي عرض لطرق تقنين المقياس بأبعاده الثلاثة:

أولا: الثبات:

حسب الثبات بالطرق الآتية:

١- **طريقة ثبات الاستقرار:** فيما يلي عرض نتائج معاملات ثبات الاستقرار.

جدول رقم (١٠) يوضح معاملات ثبات الاستقرار للمقاييس الفرعية لمقياس السلوك العدواني والعدائي لدى عينات الدراسة

م	المتغير	الذكور (ن=١٠٠)	الدلالة	الإناث (ن =١٠٠)	الدلالة	العينة الكلية (ن= ٢٠٠)	الدلالة
١	العدوان المادي	٠,٧٧٩	٠,٠٠١	٠,٨٢٠	٠,٠٠١	٠,٨٠٤	٠,٠٠١
٢	العدوان اللفظي	٠,٧١٢	٠,٠٠١	٠,٥٦٣	٠,٠٠١	٠,٦٨٣	٠,٠٠١
٣	العدائية	٠,٨٤	٠,٠٠١	٠,٧٩	٠,٠٠١	٠,٨١	٠,٠٠١

٢- **طريقة التجزئة النصفية:** وفيما يلي عرض لتلك النتائج:

جدول رقم (١١) يوضح معاملات ثبات التجزئة النصفية للمقاييس الفرعية لمقياس السلوك العدواني والعدائي لدى عينات الدراسة

م	المتغير	الذكور (ن= ١٠٠)	الدلالة	الإناث (ن= ١٠٠)	الدلالة	العينة الكلية (ن= ٢٠٠)	الدلالة
١	العدوان المادي	٠,٤٨٢	٠,٠١	٠,٦٢٢	٠,٠١	٠,٦٨٧	٠,٠١
٢	العدوان اللفظي	٠,٧٢٣	٠,٠١	٠,٨٠٣	٠,٠١	٠,٧٨٣	٠,٠١
٣	العدائية	٠,٨٧٩	٠,٠١	٠,٦١٧	٠,٠١	٠,٦٨٣	٠,٠١

١- **طريقة ثبات ألفا –كرونباخ: فيما يلي عرض لتلك النتائج:**

جدول رقم (١٢) يوضح معاملات ثبات ألفا - كرونباخ للمقاييس الفرعية الثلاثة لمقياس السلوك العدواني والعدائي لدى عينات البحث

م	المتغير	الذكور (ن =١٠٠)	الدلالة	الإناث (ن =١٠٠)	الدلالة	العينة الكلية (ن =٢٠٠)	الدلالة
١	العدوان المادي	٠,٧٠٨	٠,٠٠١	٠,٨١٤	٠,٠٠١	٠,٧٨٨	٠,٠٠١
٢	العدوان اللفظي	٠,٧١١	٠,٠٠١	٠,٧٩٥	٠,٠٠١	٠,٧٨٤	٠,٠٠١
٣	العدائية	٠,٦٨٧	٠,٠٠١	٠,٨٨٥	٠,٠٠١	٠,٨٢٦	٠,٠٠١

ثانيا: الصدق:

حسب صدق الاتفاق الداخلي للمقاييس الفرعية (العدوان المادي – العدوان اللفظي – العدائية) وفيما يلي عرض لنتائج صدق المفردات لتلك المقاييس الفرعية:

١- **صدق الاتفاق الداخلي لمقياس العدوان المادي:**

جدول رقم (١٣) يوضح معاملات صدق الاتفاق الداخلي البنود مقياس العدوان المادي لدى عينات البحث

البند	ذكور (ن =١٠٠)		إناث (ن =١٠٠)		عينة كلية (ن=٢٠٠)	
	ر	الدلالة	ر	الدلالة	ر	الدلالة
١	٠,٧٤٠	٠,٠٠١	٠,٢٠١	٠,٠٥	٠,٣٨١	٠,٠٠١
٢	٠,٥٨٧	٠,٠٠١	٠,٠٢٨	—	٠,٢١٤	٠,٠١
٣	٠,٥٧٦	٠,٠٠١	٠,٧٥٩	٠,٠٠١	٠,٦٩٨	٠,٠٠١
٤	٠,٨٢٩	٠,٠٠١	٠,٢٠٩	٠;٠٥	٠,٤١٦	٠,٠٠١
٥	٠,٣٨٦	٠,٠٠١	٠,٦٨٧	٠,٠٠١	٠,٥٨٧	٠,٠٠١
٦	٠,٢١٦	٠,٠٥	٠,٤٥٨	٠,٠٠١	٠,٣٧٧	٠,٠٠١
٧	٠,٤٩٣	٠,٠٠١	٠,٨٧٣	٠,٠٠١	٠,٧٤٦	٠,٠٠١
٨	٠,١٦٦	٠,١٠	٠,٢٥٣	٠,٠٢	٠,٢٢٤	٠,٠١
٩	٠,٠٩٠	—	٠,٣٨٩	٠,٠٠١	٠,٢٨٩	٠,٠٠١
١٠	٠,١٦٦	٠,١٠	٠,٤٣٥	٠,٠٠١	٠,٣٥٤	٠,٠٠١
١١	٠,٢٨٣	٠,٠٥	٠,٠٧٠٠	—	٠,١٤١	٠,١٠
١٢	٠,٠١٥	—	٠,٥٤٨	٠,٠٠١	٠,٣٧٠	٠,٠٠١
١٣	٠,٧٩٤	٠,٠٠١	٠,٦٩٧	٠,٠٠١	٠,٧٢٩	٠,٠٠١
١٤	٠,٨٢٠	٠,٠٠١	٠,١٨٠	٠,١٠	٠,٣٩٣	٠,٠٠١

٢- صدق الاتفاق الداخلي لمقياس العدوان اللفظي:

جدول رقم (١٤) يوضح معاملات صدق الاتفاق الداخلي لبنود مقياس العدوان اللفظي لدى عينات البحث

البند	ذكور (ن =١٠٠)		إناث (ن =١٠٠)		عينة كلية(ن=٢٠٠)	
	ر	الدلالة	ر	الدلالة	ر	الدلالة
١	-٠,١٤٧	-	٠,٥٠٦	٠,٠٠١	٠,٣٨٦	٠,٠٠١
٢	٠,٨٦٨	٠,٠٠١	-٠,٣٢٣	٠,٠١	٠,٥٠٥	٠,٠٠١
٣	٠,٢٧٩	٠,٠٥	٠,٧٧٨	٠,٠٠١	٠,٦١٢	٠,٠٠١
٤	٠,٥٧٢	٠,٠٠١	٠,٤٧	٠,٠٠١	٠,٢٢٢	٠,٠٥
٥	٠,٣٤٤	٠,٠٠١	٠,٧٥٩	٠,٠٠١	٠,٦٢١	٠,٠٠١
٦	٠,٠٨٥	-	٠,٥٥٥	٠,٠٠١	٠,٨٩٨	٠,٠٠١
٧	-٠,١٢٢	-	٠,٧٨٣	٠,٠٠١	٠,٥٦٣	٠,٠٠١
٨	٠,٥٦٦	٠,٠٠١	٠,٥٩٥	٠,٠٠١	٠,٥٦٩	٠,٠٠١
٩	٠,٥٣٦	٠,٠٠١	٠,٤٧٧	٠,٠٠١	٠,٤٧٩	٠,٠٠١
١٠	٠,٥٩٥	٠,٠٠١	٠,٥٩٥	٠,٠٠١	٠,٥٩٥	٠,٠٠١
١١	٠,٣٦١	٠,٠٠١	٠,٧٨٣	٠,٠٠١	٠,٦٤٢	٠,٠٠١
١٢	٠,٤٥٥	٠,٠٠١	٠,٧٩٣	٠,٠٠١	٠,٦٨٠	٠,٠٠١
١٣	٠,٠٢٤	-	٠,٨٢٨	٠,٠٠١	٠,٥٦٠	٠,٠٠١
١٤	٠,٢٢٠	٠,٠٥	٠,٠٢٧	٠,٠٠١	٠,٠٩١	٠,٠٠١

٢ـ صدق الاتفاق الداخلي لمقياس العدائية:

جدول رقم (١٥) يوضح معاملات صدق الاتفاق الداخلي لبنود مقياس العدائية لدى عينات البحث

البند	ذكور (ن =١٠٠)		إناث (ن =١٠٠)		عينة كلية(ن=٢٠٠)	
	ر	الدلالة	ر	الدلالة	ر	الدلالة
١	٠,٧٥١	٠,٠٠١	٠,٧٨٨	٠,٠٠١	٠,٧٧٦	٠,٠٠١
٢	٠,٥٤٥	٠,٠٠١	٠,٢١٤	٠,٠٥	٠,٣٢٤	٠,٠٠١
٣	٠,٠٠٩	-	٠,٤٥٥	٠,٠٠١	٠,٣٠٦	٠,٠٠١
٤	-٠,١٣٩	-	٠,٨٦٨	٠,٠٠١	٠,٦٢٥	٠,٠٠١
٥	٠,٨٩٤	٠,٠٠١	٠,٨٤٥	٠,٠٠١	٠,٦٨١	٠,٠٠١
٦	٠,٥١٨	٠,٠٠١	٠,٠٧٥	-	٠,٢١١	٠,٠٠١
٧	-٠,١٨٤	٠,١٠	٠,٥٥٨	٠,٠٠١	٠,٤٣٣	٠,٠٠١
٨	-٠,٠٣٣	-	٠,٨٢٥	٠,٠٠١	٠,٥٦١	٠,٠٠١
٩	٠,٤٨٠	٠,٠٠١	٠,٩١١	٠,٠٠١	٠,٧٦٧	٠,٠٠١

البند	ذكور (ن = ١٠٠)		إناث (ن = ١٠٠)		عينة كلية(ن=٢٠٠)	
	ر	الدلالة	ر	الدلالة	ر	الدلالة
١٠	٠,٨٥٤	٠,٠٠١	٠,٨٩٥	٠,٠٠١	٠,٨٨١	٠,٠٠١
١١	٠,٩٤٥	٠,٠٠١	٠,٢٤٨	٠,٠٠١	٠,٤٧٠	٠,٠٠١
١٢	٠,٦٧٣	٠,٠٠١	٠,٥٢٨	٠,٠٠١	٠,٥٧٦	٠,٠٠١
١٣	٠,٠٨٤	-	٠,٩٢٥	٠,٠٠١	٠,٦٤٥	٠,٠٠١
١٤	٠,٢٢٤	٠,٠٥	٠,٤٦٩	٠,٠٠١	٠,٣٨٧	٠,٠٠١

جدير بالذكر الإشارة إلى أن بعض بنود المقياس الفرعية الخمس المستخدمة في الدراسة لم تكن دالة، غير أن صدق المقياس يعتمد اعتماد مباشراً على صدق مفرداته، وذلك لان أي زيادة في صدق المفردات تؤدى إلى زيادة صدق المقياس، ويقاس صدق المفردات بحساب معاملات ارتباطها بالميزان (داخلي أو خارجي)، وما يهم هنا هو الصدق الداخلي أو التجانس الداخلي للمقياس الذي يعبر عن ارتباط المفردات بالدرجة الكلية. وهذا ما تحقق خصوصاً في عرض صدق المفردات للعينة الكلية حيث كانت جميعها دالة. وإن كان هذا لا يمنع من الإشارة من أن عدد البنود غير الدالة في المقاييس السابق ذكرها لا يصل إلى درجة عدم صدق المقاييس أو تجانسها داخلياً. (السيد محمد خيري، ١٩٧٠ : ٦٣٩).

وعليه، ومما تقدم من عرض للنتائج الخاصة بتقنين مقياسي الدراسة لدى عينات الدراسة، يمكن القول أن المقياسين، وما يلحق بهما من مقاييس فرعية، يتمتعان بدرجة معقولة ومقبولة من الصدق والثبات، الأمر الذي يجعل الباحث مطمئنا في الاعتماد عليهما من حيث تمتعهما بالخصائص السيكومترية اللازمة لاستخدامها.

ثالثا: إجراءات التطبيق:

شارك جميع أفراد العينة المذكورة بشكل تطوعي، وقدمت لهم بطارية اختبارات تحوي المقاييس الفرعية الخمسة، وقد تم التطبيق بشكل جمعي

سواء بالنسبة لطلاب الجامعة أو طلاب الدراسات العليا، حيث تم التطبيق في أماكن الدراسة كل فيما يخصه.

وكان ترتيب تطبيق المقاييس هو الترتيب نفسه الوارد بنفس تسلسل عرضه عند تقنين تلك المقاييس، وقد تم استبعاد بعض الحالات التي لم تكمل الإجابة على البنود ولم تلتزم بالتعليمات، غير أنه لم يحدد في بعض الاستجابات بيان واف بالمستوى الاقتصادي لم يستبعدها الباحث لأنها استجابت للبنود بشكل كامل، وتم حساب تكرارها وتوزيعها على أساس ما توفر في باقي الاستجابات، ثم أدخلت البيانات بعد ذلك في الحاسب الآلي تمهيداً لمعالجتها.

رابعاً: جمع البيانات وتحليلها إحصائياً:

استخدمت بيانات الدراسة من خلال أفراد العينة من طلاب الجامعة وطالباتها وكذلك طلاب الدراسات العليا وطالباتها (دكتوراه – ماجستير – دبلوم). وتشمل البيانات الديموجرافية التالية: العمر، الجنس، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي.

وقد حُللت البيانات إحصائياً باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS win). وقد أجريت التحليلات الإحصائية التالية: المتوسط الحسابي – الانحراف المعياري– اختبار (ت) – معاملات ارتباط بيرسون – تحليل التباين – التحليل العاملي. وقد اعتبرت معاملات الارتباط دالة إحصائياً عندما يكون مستوى دلالتها ≥ (٠,١٠).

خامسا: النتائج ومناقشتها:

نعرض فيما يلي للنتائج التي كشفت عنها مختلف التحليلات الإحصائية من أجل اختبار فروض الدراسة. وسيتم عرض النتائج الخاصة بكل فرض على النحو التالي:

١- نتيجة الفرض الأول:

نص الفرض الأول على ما يلي: " تتباين درجتي الغضب كحالة والغضب كسمة بتباين المراحل العمرية (أقل من ٢٠ عاماً، من ٢٠ – ٢٥ عاماً، أكثر من ٢٥ عاماً) لدى كل من الذكور والإناث".

أولاً : بالنسبة لنتائج متغير الغضب كحالة لدى المجموعات العمرية الثلاثة:

جدول رقم (١٦) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير الغضب كحالة لدى ثلاث مجموعات عمرية متباينة

المتغير / المجموعة العمرية	الغضب كحالة لدى عينة الذكور			الغضب كحالة لدى عينة الإناث		
	ن	م	ع	ن	م	ع
أقل من (٢٠) عاماً	١٢٩	٢٥,٠٣	٣,١٣	١٠٨	٤٧,٠٦	٣,٦٤
من (٢٠) إلى (٢٥) عاماً	١٢١	٣٤,٥٦	٧,١٧	١٣٣	٣٢,٣٦	٧,٣٩
أكثر من (٢٥) عاماً	٥٥	٢٦,٤٤	٧,١٤	٦٨	٣٨,٣٩	٧,١٥

بالنظر إلى ما جاء من نتائج بالجدول السابق، وفي مجال المقارنة بين الجنسين وفقاً لمراحل العمر، نلاحظ ما يلي:

١- أعلى المتوسطات الحسابية في متغير الغضب كحالة كان لصالح عينة الإناث في المرحلة العمرية (أقل من ٢٠ عاماً) حيث بلغ المتوسط الحسابي (٤٧,٠٦)، بينما بلغ (٢٥,٠٣) لدى عينة الذكور في ذات المرحلة العمرية، مع ملاحظة أن الفرق بين المتوسطين مرتفع.

٢- تلى ذلك أيضاً متوسط عينة الإناث في المرحلة العمرية(أكثر من ٢٥) عاماً، حيث بلغ المتوسط (٣٨,٣٩)، بينما بلغ (٢٦,٤٤) لدى عينة الذكور في ذات المرحلة العمرية، مع ملاحظة أن الفرق بين المتوسطين مرتفع أيضاً.

٣- في المرحلة العمرية (من ٢٠-٢٥) عاماً، كان المتوسط الحسابي لصالح الذكور حيث بلغ المتوسط الحسابي (٣٤,٥٦) بينما بلغ (٣٢,٣٦)

لدى عينة الإناث، مع ملاحظة أن الفرق بين المتوسطين ليس كبيراً مقارنة بالمرحلتين العمريتين السابقتين في (١ ، ٢).

وعلى مستوى النوع لكل جنس على حدة نجد ما يلي:

أ- بالنسبة للذكور: ارتفع المتوسط الحسابي في المرحلة العمرية من (٢٠ – ٢٥) عاماً ، حيث بلغ المتوسط (٣٤,٥٦)، تلاه متوسط المرحلة العمرية أكثر من (٢٥) عاماً حيث بلغ المتوسط (٢٦,٤٤)، وأخيراً متوسط المرحلة العمرية (أقل من ٢٠) عاماً، حيث بلغ المتوسط (٢٥,٠٣).

ب- بالنسبة للإناث: تباينت المتوسطات الحسابية لدى الإناث عما هو لدى الذكور، فأكبر المتوسطات الذي احتل الترتيب الأول كان في المرحلة العمرية (اقل من ٢٠) عاماً، وهى تقابل الترتيب الأخير لدى عينة الذكور، وقد تلى ذلك المتوسط الحسابي لدرجات الإناث في المرحلة العمرية (أكثر من ٢٥) عاماً، حيث بلغ المتوسط الحسابي (٣٨,٣٩)، وهى تماثل ذات الترتيب بالنسبة للذكور، وأخيراً جاء في الترتيب الثالث متوسط المرحلة العمرية من (٢٠ – ٢٥) عاماً.

مناقشة نتيجة الفرض الأول: النتائج على النحو السابق يمكن التعقيب عليها وفقاً لما يلي:

أولا: يمكن القول أن الإناث – بشكل عام – يتسمن بحالة الغضب، (الباحث هنا ليس بصدد بيان أن الإناث أكثر غضباً كحالة، فذلك سوف تتم مناقشته عند تفسير نتيجة "ت" ولكن الباحث آثر مناقشته هنا عرضاً وصولاً إلى الغرض الأساسي من معنى الغضب كحالة كما وضعه مؤلف المقياس الأصلي، وهو أن حالة الغضب تتباين شدتها من وقت لآخر، ويقصد هنا الفترات الزمنية التي تتعاقب على الفرد، والتي حتماً يمر فيها الفرد بمواقف

غضب متباينة في شدتها)، وذلك مقارنة بالذكور، وهذا يعنى أن حالتهن العاطفية تتركب من أحاسيس ذاتية تتضمن التوتر والانزعاج والإثارة والغيظ – وفقاً لتعريف سبيلبرجر لحالة الغضب - هذا مع الأخذ في الاعتبار أن الغضب كحالة انفعالية تتباين في شدتها من وقت لآخر، ومن فرد لآخر، ومعنى أنها من وقت لآخر، أنها تتضمن ضمنياً أن حالة الغضب لا تثبت على حال دوماً، بل هي تتباين من مرحلة زمنية إلى أخرى، وبالتالي من مرحلة عمرية لأخرى، ولا يتوقف الأمر على هذا فقط ، بل من جنس لآخر، والدليل على ذلك أنه في مجال المقارنة بين الجنسين نرى أن الإناث – وفقاً للنتائج – أكثر انفعالاً – غضب حالة – بل وعلى مستوى المقارنة زمنياً أو مرحلياً نجد أنهن الأكثر انفعالاً في مرحلتين زمنيتين مقارنة بالذكور، فهن الأكثر غضباً كحالة في مرحلتين من المراحل الزمنية العمرية هي مرحلة ما قبل العشرين عاماً، وما بعد عمر (٢٥) عاماً، بينما كان الذكور في المرحلة العمرية الزمنية من (٢٠-٢٥) عاماً هم الأكثر انفعالاً، وبالتالي ساد لديهم انفعال الغضب كحالة في هذا الوقت من العمر.

ثانياً: عندما ننظر إلى النتائج المتعلقة بحالة الغضب لدى كل جنس خلال المراحل العمرية الزمنية الثلاثة، نجد أن متوسط درجة حالة الغضب لدى الذكور قد برز في المرحلة العمرية من (٢٠-٢٥) عاماً، أما الإناث فقد برزت لديهن حالة الغضب في المرحلة العمرية (أقل من ٢٠) عاماً. ويعني هذا أن الإناث يتأثرن مبكراً – من الناحية العمرية – بحالة الغضب مقارنة بالذكور.

والنتيجة تؤكد ما سبق الإشارة إليه من أن حالة الغضب - كانفعال – لا تثبت بثبات الجنس (ذكراً كان أم أنثى)، ولا تثبت بثبات المراحل العمرية.

وهذا يعنى - أو هو إشارة إلى – أن انفعال حالة الغضب قد تباين بتباين المراحل العمرية، كما أنه تباين بتباين الجنس.

ثانياً: بالنسبة لنتائج متغير الغضب كسمة لدى المجموعات العمرية الثلاثة:

جدول رقم (١٧) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير الغضب كسمة لدى ثلاث مجموعات عمرية متباينة

المتغير / المجموعة العمرية	الغضب كحالة لدى عينة الذكور			الغضب كحالة لدى عينة الإناث		
	ن	م	ع	ن	م	ع
أقل من (٢٠) عاماً	١٢٩	٢٥,٠٣	٣,١٣	١٠٨	٤٧,٠٦	٣,٦٤
من (٢٠) إلى (٢٥) عاماً	١٢١	٣٤,٥٦	٧,١٧	١٣٣	٣٢,٣٦	٧,٣٩
أكثر من (٢٥) عاماً	٥٥	٢٦,٤٤	٧,١٤	٦٨	٣٨,٣٩	٧,١٥

بالنظر إلى ما جاء من نتائج بالجدول السابق، وفي مجال المقارنة بين الجنسين عبر المراحل العمرية، نلاحظ ما يلي:

١- أعلى المتوسطات (الترتيب الأول) في متغير الغضب كسمة كان لصالح عينة الإناث حيث بلغ (٤٤,٣٩) في المرحلة العمرية (أقل من ٢٠ عاماً - وهو ذات الترتيب في ذات المرحلة العمرية بالنسبة لمتغير الغضب كحالة - مقابل (٣٠,٦٦) في ذات المرحلة العمرية بالنسبة للذكور، مع ملاحظة أيضاً أن الفرق بين المتوسطين مرتفع بشكل ملحوظ.

٢- تلي ذلك متوسط عينة الذكور على متغير الغضب كسمة في المرحلة العمرية من (٢٠-٢٥) عاماً، حيث كان في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي قدره (٣٨,٥٤)، مقابل متوسط حسابي قدره (٣٢,٣٢) للإناث في ذات المرحلة العمرية، والفرق بين المتوسطين أقل بكثير مما هو بين الجنسين في المرحلة العمرية الأولى (أقل من ٢٥عاماً).

٣- في المرحلة العمرية الثالثة (أكثر من ٢٥) عاماً، كان المتوسط الحسابي لصالح الذكور أيضا- نفس الحال في مجال المقارنة بينهما على متغيرات الغضب كحالة – حيث بلغ المتوسط الحسابي (٣٤,٣٣) مقابل (٣٢,٠١) لدى عينة الإناث. ومع ملاحظة أن الفرق بين الجنسين على متغير الغضب كسمة في تلك المرحلة منخفضاً مقارنة بالمرحلتين السابقتين (أقل من ٢٠عاماً، ومن ٢٠ – ٢٥ عاماً).

وعلى مستوى النوع لكل جنس على حدة نجد ما يلي:

١- بالنسبة للذكور:

جاء المتوسط الحسابي على الترتيب على النحو التالي: ففي الترتيب الأول بلغ المتوسط (٣٨,٥٤) في المرحلة العمرية من (٢٠-٢٥) عاماً ، تلاه المتوسط الحسابي للمرحلة العمرية (أكثر من ٢٥) عاماً،حيث بلغ (٣٤,٣٣)، وأخيراً المرحلة العمرية (أقل من ٢٠) عاماً حيث بلغ المتوسط (٣٠,٦٦).

٢- بالنسبة للإناث:

تباين الترتيب لدى الإناث تماما عما لدى الذكور، ففي الترتيب الأول بلغ المتوسط الحسابي (٤٤,٣٩) في المرحلة العمرية (أقل من ٢٥) عاماً ، تلاه متوسط المرحلة العمرية من (٢٠-٢٥) عاماً حيث بلغ المتوسط الحسابي (٣٣,٣٢)، وأخيرا للمرحلة العمرية الثالثة (أكثر من ٢٥)عاماً، حيث بلغ (٣٢,٠١).

والنتائج على النحو السابق، يمكن التعقيب عليها كما يلي:

أ- الذكور – بشكل عام – يتسمون بسمة الغضب، عبر المراحل العمرية، وذلك مقارنة بالإناث، فمتوسط درجاتهم كان أعلى من متوسط درجات الإناث،

وذلك في مرحلتين من المراحل الثلاثة، وهى المرحلة العمرية الثانية (من ٢٠-٢٥) عاماً، والمرحلة الثالثة (أكثر من ٢٥) عاماً. ويعني هذا – ضمنياً – أن الغضب كسمة شخصية لديهم لـه صفة الثبات النسبي، وهم بلغة الكم أكثراً تكرار للشعور بالغضب، وهم يميلون – عادة – للاستجابة لكل المواقف أو غالبيتها بالغضب – ووفقا لما يراه "سبيلبرجر" هم يميلون لإدراك المواقف على أنها مغضبة بشكل أكبر، والسبب في ذلك ارتفاع درجاتهم على المقياس الفرعي "سمة الغضب" مقارنة بالإناث في مرحلتين من مراحل العمر الثلاثة التي فسرت في سياق هذا البحث.

ولعل هذا أيضاً يفسر ما توصلت إليه الكثير من نتائج الدراسات السابقة من أن متوسطات الذكور في بعض أبعاد العدوان تكون دوما لصالح الذكور – خصوصا في العدوان المادي – كما أن الفرق كثيرا ما يكون دالاً، وذلك في مجال المقارنة بين الجنسين. وذلك على أساس أن الغضب مكون من مكونات العدوان،والعدوان غالباً لا يتم دون سيطرة الغضب بشكل دائم لدى الفرد الغاضب والعدواني، وهو ما سوف يتناوله الباحث بعد حين.

ولا يفوت الباحث – إن جاز لـه – أن يذكر في هذا الصدد أن العدوان لا يتم دون سابق إنذار، فغالباً ما يسبقه الغضب ، والذكور نظراً لطبيعتهم البيولوجية والجسدية والحياتية يتعرضون أكثر من الإناث للمواقف التي تثير الغضب وما أكثرها. بل هناك الكثير من المواقف التي يتعرض لها كلا الجنسين، فنجد الأنثى أقل حدة وغضباً من الذكر، بل هي قد تكظم غيظها وتكتفي بالتعبيرات الوجهية المعبرة عن الغضب، أما الرجل فعلى العكس من ذلك، قد يتحول غضبه إلى أبعد ما يحتمله الموقف، فيثور، ويتملكه الغضب بدرجة لا يمكن التحكم فيها، وقد تصل إلى إلحاق الأذى أو الضرر البدني بالغير، وهذا نادراً ما تفعله الأنثى .

ب- عندما ننظر إلى النتائج المتعلقة بسمة الغضب لدى كل جنس عبر المراحل العمرية الثلاثة، نجد أن سمة الغضب لدى الذكور جاءت على رأس المرحلة العمرية الثانية (من ٢٠-٢٥) عاماً، ثم المرحلة العمرية الثالثة (أكثر من ٢٥) عاماً، وهما ذات المرحلتين العمريتين اللتين أظهرتا اتسام الذكور بسمة الغضب مقارنة بالإناث، ثم تلى ذلك المرحلة العمرية الأولى (أقل من ٢٠) عاماً.

ج- وبالنسبة للإناث، نجد أن ترتيب سمة الغضب عبر المراحل العمرية كان على التوالي كما يلي: المرحلة العمرية (أقل من ٢٠) عام، ثم المرحلة العمرية (من ٢٠-٢٥) عاماً، وأخيرا المرحلة العمرية (أكثر من ٢٠) عاماً.

ويمكن توضيح ما سبق على نحو أكثر وضوحاً من خلال الجدول التالي:

جدول رقم(١٨) يوضح ترتيب حالة الغضب وسمته عبر المراحل العمرية لدي الذكور والإناث وفقاً للمتوسطات الحسابية

الذكور		الإناث	
الغضب كحالة	الغضب كسمة	الغضب كحالة	الغضب كسمة
من (٢٠-٢٥) عام	من (٢٠-٢٥) عام	أقل من (٢٠)عام	أقل من (٢٠) عام
أكثر من (٢٥) عام	أكثر من (٢٥) عام	أكثر من (٢٥)عام	من (٢٠-٢٥) عام
أقل من (٢٠) عام	أقل من (٢٥) عام	من (٢٠-٢٥) عام	أكثر من (٢٥) عام

ومن الجدول نجد أن الغضب (ببعديه: الحالة والسمة) كان أكثر ظهوره لدي الذكور في المرحلة العمرية الثانية ثم الثالثة ثم الأولي، بمعنى أن الغضب لدى الذكور كان أكثر ظهوره في مرحلة العمر المتوسطة وهي (من ٢٠-٢٥) عاماً. وذلك وفقاً لأعلى متوسطات درجاتهم على بُعدي الغضب.

ولكن يلاحظ أيضاً أن الغضب ببعديه (الحالة والسمة معا) ظاهر بصفة دائمة عبر المراحل العمرية الثلاثة، ولم يحدث تباين أو تداخل بين بعدي

الغضب: الحالة والسمة. وهذه النتيجة على النحو الذي جاءت عليه لم تكشف عنها نتيجة أي دراسة سابقة- مما يُعد إضافة علمية للتراث السيكولوجي – إن جاز للباحث - في مجال دراسة الغضب لدى مجموعات عمرية متباينة ولدى الجنسين.

أما الإناث فقد كان هناك تباين نسبي لديهن في الغضب ببعديه: (الحالة والسمة معاً) عبر المراحل الزمنية الثلاثة، غير أنهن مثل الذكور كان أكثر ظهور الغضب لديهن (حالة وسمة معاً) في المرحلة العمرية الأولي، وهي (أقل من ٢٠) عاماً. وهذا يؤكد - كما سبق وتقدم - أنهن يسود لديهن الغضب بشكل عام في مرحلة متقدمة من العمر مقارنة بالذكور.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بالنسبة للإناث أن هذه المرحلة العمرية (أقل من ٢٠)عاماً، أنها تمثل لديهن انتهاء مرحلة الثانوية، وبداية دخول مرحلة التعليم الجامعي، وما تمثله لديهن من تبعات ومسئوليات. فعالم التعليم الجامعي يختلف ولاشك عن عالم الدراسة بالثانوي، والذي لاشك له تأثير أيضاً، فهن قد قدمن من مرحلة الثانوية وهن يعانين من ضغوط متباينة سواء من الأسرة أم المدرسة أم قلق امتحان الثانوية العامة "بعبع كل طالب وأسرة كما يقولون"، والرغبة المحمومة في الحصول علي مجموع يؤهلهن للكلية، خصوصاً الرغبة المتنامية في الحصول على مجموع كبير يؤهلهن لكلية من كليات القمة، إن أمكن ذلك.

وهن حين ينتقلن للجامعة، فهي ليست كالمدرسة الثانوية، فالتعامل بين الجنسين قد صار متاحاً بعد أن كانت المدرسة قاصرة على البنات فقط - مع عدم إنكارنا بوجود مدارس مشتركة خصوصا في الريف – في الجامعة يواجهن المجهول، ولا سيما الذي يتعلق بمستقبلهن المهني والزواجي بعد انتهاء التعليم الجامعي، والتعليم الجامعي ذاته الكل ينظر إليه نظرة ترقب، إنه

نهاية الحياة التعليمية الجامعية، وما يتبعها بعد ذلك من رغبة في التخرج والحصول على فرصة للعمل لبناء المستقبل ولمساعدة أنفسهن وأسرهن.

أما الذكور، فالغضب- ببعديه- لم يقتصر لديهم على مجموعة عمرية- أو مرحلة- دون مجموعة عمرية أخري، فهم وعبر المدى العمري الذي يبدأ من بداية سن (١٦) سنة تقريباً، وامتدادا لما بعد ذلك وحتى سن (٣٣) وهو أكبر سن بين أفراد العينة من المسجلين لدرجة الدكتوراه. هم كالإناث يحملون أعباء التعليم وما يمثله من ضغوط. أضف لذلك ضغوط ما بعد التعليم الجامعي، خصوصاً في الجانب الاقتصادي منها والصعوبات المهنية والتعليمية والتعامل مع المشرفين والأساتذة، ومنهم من هو متزوج ولديه أسرة وأولاد، لذا فهم دوماً وفي ظل الظروف التي يعيشونها في مجتمعهم من مصاعب ومشاق والظروف الاقتصادية الصعبة، تراهم دوماً في حالة كد ونصب.

وأخيراً بمطابقة نتائج الفرض بما جاء في الدراسات السابقة من حيث الاتفاق أو الاختلاف يهم الباحث أن يشير إلى أن ما جاء بالدراسات السابقة في مجال تباين الغضب باختلاف مراحل العمر، وكذلك بتباين النوع (ذكر أو أنثى)، يؤكد - بشكل عام - على أن الغضب أو صوره وأشكاله لا عمر محدد له، ولا يثبُت ببداية مرحلة مبكرة من العمر أو بتأخرها - وإن كانت بعض الدراسات ترى أن الغضب يضعُف مع تقدم السن- كما لا تؤكد الدراسات على شيوع الغضب (حالة وسمة) لدى الذكور- مثلاً- عبر مراحل العمر مقارنة بالإناث، ولعل السبب في هذا أن الغضب كحالة انفعالية يختلف بالقطع من فرد لآخر، بل من ثقافة لأخرى ومن تنشئة اجتماعية لأخرى، ومن جنس لآخر، وتلك مزية يتسم بها هذا النوع من الصفات الانفعالية حين تصبغ طابعها بشكل ما أو بآخر لدى من يدخلون دائرة الغضب حالة أو سمة.

ومن هذه الدراسات دراسة (Sue and Boyd,1981)، والتي أجريت على (٣) مجموعات عمرية، المجموعة الأولي مداها العمري من (٢١-٣٩) عام، أي (١٨) عام، والمجموعة الثانية مداها العمري من (٤٠-٥٩)، أي (١٩) عام، والثالثة مداها العمري من (٦٠-٨٣)، أي (٢٣) عاماً، هذه الدراسة بينت نتائجها أن الأصغر سناً أكثر إظهاراً للغضب الخارجي بشكل عام- وليس كحالة أو كسمة- مقارنة بكبار السن (المجموعة الثالثة). وحين كان التعبير عن الغضب داخلياً وخارجياً كانت المقارنة لصالح المجموعة العمرية الأولى والثانية، والنتيجة عن هذا النحو تعني أن الأصغر سناً أكثر غضباً. وهذا تحقق بشكل كبير (كحالة وكسمة) لذكور وإناث عينة الدراسة الحالية – خصوصاً الإناث - مقارنة بالمرحلتين العمريتين الثانية والثالثة.

ولو قورنت نتائج الدراستين – الحالية والسابقة - فيما يتعلق بالفروق الجنسية في مراحل العمر في الغضب نراها في الدراسة الحالية تحققت بشكل نسبي، أما في دراسة (Sue and Boyd, 1987) فلم تكشف عن فروق بين الجنسين لا في الغضب داخلياً ولا خارجياً ولا كدرجة كلية.

كذلك في دراسة (Leslie; Gretchen and Deborah,1995) والتي تناولت (٣) مجموعات عمرية، الأولى مداها العمري من (٦-١٢) عام، والثانية من (١٤-١٦) عام، والثالثة فوق (٣٠) عام، تبين أن الغضب يحدث في المراحل العمرية الثلاثة، وأن الإناث في مواقف الغضب استجابتهم سلبية، والذكور يميلون للقتال والشجار. وجدير بالذكر أن الدراسة تناولت عينات عمرية متباينة في مستواها الجغرافي والعيش في مناطق متعددة، ورغم ذلك لم تدعم النتائج ما يؤكد الربط بين الغضب وأماكن المعيشة أو بيئة السكن.

والنتيجة لا تتفق مع نتيجة الدراسة الحالية، فالغضب (حالة وسمة) ثابت عبر المراحل العمرية لدي الذكور، وغير ثابت عبر المراحل العمرية لدى الإناث، كما أن هناك تباين في الغضب عبر المراحل، وذلك عند المقارنة بين الذكور والإناث في الغضب (كحالة وسمة) من واقع نتائج الدراسة الحالية.

وفي دراسة (Britt and Marion,1997) والتي فحصت الغضب والعدوان لدى عينتين، الأولى لدى تلاميذ الصفوف الدراسية (٤، ٧، ١١)، والثانية (دراسة معملية) على (٣) مجموعات عمرية: الابتدائية والمتوسطة والعليا. تبين أن طلاب المرحلتين العمريتين: المتوسطة والعليا أكثر إظهار للسلوك العدواني مقارنة بتلاميذ المرحلة الأولى (الابتدائية) الذين ربما لم تتمايز لديهم معاني الغضب والعدوان واضحة كما هو الحال لدى المرحلتين المتوسطة والعليا. وفي مجال المقارنة بين الجنسين، فالإناث الأكثر غضباً في كل المراحل العمرية. كما تبين بالنسبة للعينة العمرية الأولى (٤، ٧، ١١) أن غضب الذكور وعدوانهم مباشر، أما الإناث فغضبهن غير مباشر.

والنتيجة لا تتفق مع الدراسة الحالية فالغضب تباين عبر المراحل، كما أن الإناث لسن الأكثر غضباً في كل المراحل العمرية، كما أن الذكور هم الأكثر غضباً عبر مراحل العمر موضوع الدراسة.

أما دراسة (كفافي ومايسة، ١٩٩٧) والتي أجريت لبحث الغضب على عينات عمرية متباينة، وذلك لدى المصريين والقطريين. ففيما يتعلق بنتائج انفعال الغضب لدى المصريين عبر المراحل العمرية كشفت الدراسة أن مستويات الغضب تزداد في مراحل أوائل العمر، وتقل حدتها بتقدم الأفراد في العمر - وذلك لدى الذكور والإناث - في مرحلة الشيخوخة، وعلى مستوى الفروق بين الجنسين، كان الغضب لصالح الطلاب ثم الطالبات (جامعة)

مراهقين (ثانوي) ثم الموظفين فالموظفات وتلاهم المسنات فالمراهقات. أما القطريين والقطريات فقد تباين انفعال الغضب لديهم- تأثير ثقافي- مقارنة بالمصريين والمصريات سواء على مستوى المراحل العمرية أم علي مستوى النوع (ذكور وإناث). وبشكل عام لم يثبت انفعال الغضب عبر العمر لدى العينتين المصرية والقطرية، ولم يثبت كذلك بين الجنسين عبر ذات المراحل العمرية، وقد اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع الدراسة الحالية من حيث تباين الغضب عبر مراحل العمر(المراهقة- المراهقة المتأخرة- أواسط العمر- الشيخوخة)، وأن مستويات الغضب تزداد في مراحل أوائل العمر، بينما لم تتفق معها في مجال المقارنة حسب النوع، مع الأخذ في الاعتبار أن تلك الدراسة تناولت الغضب بشكل عام وليس كحالة وسمة.

وبالنسبة لدراسة (Scott,1999) فإن أهم نتائجها بينت أن الغضب وإن كان يرتبط بالعديد من العوامل التي تؤثر فيه وتؤدي إلى إظهاره، إلا أنها كشفت عن ارتباط سالب بين العمر والغضب، فالتقدم في العمر يقلل من حدة الغضب ومستوياته، ولكن رغم هذا لا تأثير للعمر على الغضب، لأن العوامل التي تحدد إظهاره تختلف من مجتمع لآخر، وهذا تأكد بالدراسة التي تناولت فحص الغضب لدي عينة أمريكية وأخري كندية. والنتيجة علي هذا النحو تتفق نسبياً مع نتائج الدراسة الحالية من حيث عدم وجود تأثير للعمر على الغضب.

أما دراسة ((Potegal and Archer, 2004، فقد بينت أن الغضب في عمر(٨) سنوات يكون بسبب علاقات الأفراد ببعضهم، وفي سن (٧-٨) سنوات يتباين إظهار الغضب لدى الجنسين، فالبنات تقمع غضبهن وتكبته، أما الذكور فيعبرون عن الغضب صراحة. أما علي مستوى كبار السن من الرجال والنساء، فالغضب لدى الذكور يكون بغرض السيطرة، والإناث يرون

فيه أنه يُضعف من قدرتهن على التحكم في الغير، وهذا يعني أن الغضب عبر مراحل العمر لا يكون له صورة ثابتة بل يتباين بتباين العمر. وهذا تحقق في الدراسة الحالية، فالغضب يتباين بتباين العمر.

وعلي هذا يمكن القول في النهاية أن الفرض قد تحقق بشكل نسبي، من حيث تباين الغضب بتباين مراحل العمر موضوع الدراسة، لكن يمكن القول أن الغضب- كما أوضحت النتائج- لا يتباين بذات الشكل لدى النوع (الذكور والإناث) عبر ذات المراحل العمرية موضوع الدراسة، فهو ثابت لدي الذكور ومتباين لدي الإناث، وهذا ما يضفي أهمية للدراسة الحالية لما توصلت إليه من نتيجة لهذا الفرض من الدراسة.

ونختتم القول بتنوع أسباب الغضب لأمور أخرى عبر مراحل العمر غير ما سبق تفسيره من قبل، فقد يكون الغضب في مرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة راجعاً إلى الشعور بالألم، فقد يتألم الطفل ولا يستطيع أن يوجه وجدانه ضد مصدر محدد، أو أن يكون الغضب لإحساس الطفل بالدونية، أو بما يهدد أمنه، أو بما يسمى اشتداد الطاقة الحيوية عليه، فهو عندما يكبر تزداد لديه طاقات جسدية، ويحس بضرورة التخلص من الزائد من تلك الطاقة الحيوية التي تضغط عليه من داخله، كذلك ربما يكمن خلف غضب مرحلة الطفولة الاعتداء على ما يحبه الطفل ويتعلق به فؤاده.

أما في مرحلة المراهقة، فأحد الوالدين أو كليهما قد يكون من مصادر غضب المراهق، فهما يشكلان السلطة المُلجمة لنزوات الطفل وتفجراته الانفعالية المتباينة. وهو دائماً يسعى للإطاحة بالسلطة الوالدية والتخلص من جميع القيود والشكائم التي تحد من الحرية وتلجم الرغبات وتقيد التصرفات. وربما يُسهم الأخوة والأخوات، حيث يراهم المراهق سواء أكانوا أصغر أم أكبر منه هدفين يوجه إليهما غضبه.

ويلعب المدرسون والمدرسات بما يمارسون من ضغوط وعقوبات متباينة على المراهق مثل التكدير والتوبيخ والحبس والضرب والحرمان من بعض الأنشطة التي يتلهف عليها الزملاء باعتبارها ترفيهية، - يلعبون - دوراً كبيراً في تمرد المراهق وغضبه وعدم انصياعه للأوامر كما كان في مرحلة الطفولة ومرحلة التعليم الابتدائي.

وهناك التقاليد الاجتماعية والأعراف والقيم، والتي لا يغفل دورها، فالمراهق خلال فترة المراهقة يوجه موجة غضبه ضد الأوضاع القائمة، فيحتج على ما تقوم به التقاليد الاجتماعية والأعراف والقيم الأخلاقية والدينية بتحديده من معايير يجب الالتزام بها وعدم الحيد عنها، ولعل من أهم ما يغضب المراهق في هذه المرحلة المساس بكرامته، والكشف عن أسراره وإفشائها. والاعتداء على الممتلكات الخاصة به والغيرة والحسد. وتجدر الإشارة إلى أن الغضب في مرحلة المراهقة يتسم بالموضوعية أكثر من ذي قبل وإن كان لا يمكن منع الغضب لأمور ذاتية. إن الغضب ذاتياً وموضوعياً يُعدان من أهم وأبرز أسباب الغضب لدى المراهق مقارنة بمرحلة الطفولة

ونأتي أخيراً لمرحلة الشباب والتي تقع فيما بين العشرين والثلاثين، في تلك المرحلة لا يكون الغضب كما سبق من حيث الأسباب والعوامل التي تدفع إليه. فالغضب يتخذ زاوية جديدة هي العمومية، فالشاب يهتم بالقضايا العامة أكثر من اهتمامه بالقضايا الشخصية، وغالباً ما يحول الأمور التي يغضب من أجلها لشخصه أو لذاته لقضايا لها صفة العمومية تتعلق بفئة برمتها قد تكون من فئة الشباب أو الشيوخ أو النساء. كما قد يكمن خلف الغضب قضايا تجريدية دينية أو فلسفية، وهو يجند كل ما أوتي من فكر وحماسة في سبيلها. (يوسف ميخائيل،١٩٨٧: ١٣٢- ١٣٩)

٢ـ نتيجة الفرض الثاني:

نص الفرض الثاني على ما يلي : "من المتوقع أن يتباين ترتيب متغيرات البحث بتباين المستويات الاقتصادية: المنخفضة – المتوسطة – المرتفعة، وذلك لدى كل من الذكور والإناث".

جدول رقم (١٩) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة حسب المستوى الاقتصادي

المستوى الاقتصادي / المتغيرات	منخفض		متوسط		مرتفع	
	م	ع	م	ع	م	ع
الغضب كحالة	٤٢,٦	٨,٤٥	٣٣,٠١	٨,٥٤	٣١,٩١	١,٤١
الغضب كسمة	٣٨,٤	٦,٤٢	٣٨,١٥	٦,٩٢	٣٤,٢٦	٤,٨٧
العدوان المادي	٩,٤٢	٢,٦١	١٤,٧٨	٦,٨٧	١٠,٢٣	٤,٧٢
العدوان اللفظي	١٥,٣	٣,١١	١٥,٩	١١,٤	١١,٥٤	١٠,١
العدائية	١٧,٤	٣,١٥	١٨,٢٢	١٠,٧	١١,٩٤	٨,٦٦

من الجدول السابق يتضح أن أهم متغيرات البحث عند فئات المستويات الاقتصادية الثلاث هي على الترتيب كما يلي:

المستوى الاقتصادي المنخفض المستوى الاقتصادي المتوسط المستوى الاقتصادي المرتفع:

المستوى الاقتصادي المنخفض	المستوى الاقتصادي المتوسط	المستوى الاقتصادي المرتفع
الغضب كحالة	الغضب كسمة	الغضب كسمة
الغضب كسمة	الغضب كحالة	الغضب كحالة
العدائية	العدائية	العدائية
العدوان اللفظي	العدوان المادي	العدوان اللفظي
العدوان المادي	العدوان اللفظي	العدوان المادي

مناقشة نتيجة الفرض الثاني:

من العرض السابق نلاحظ عدم تباين متغيرات البحث – بشكل كامل – بتباين المستويات الاقتصادية. بمعنى أنه لم يحدث تباين حقيقي واضح. ولهذا دلالاته – من وجهة نظر الباحث – في أن اختلاف فئات المستويات الاقتصادية (المنخفضة والمتوسطة والمرتفعة) لا يؤثر بشكل كلي على الحالة الانفعالية والوجدانية المتمثلة في متغيرات البحث. وبمعنى آخر على متغير الغضب ببعديه: الحالة والسمة ، ومتغير السلوك العدواني بأبعاده: العدوان المادي– العدوان اللفظي – العدائية، وذلك لدى أفراد عينة البحث.

وما يدل على ذلك ثبات ترتيب بُعدى الغضب كسمة وكحالة بالنسبة لفئتي المستوى الاقتصادي المتوسط والمرتفع كترتيب أول وثان، بينما جاء بالنسبة للمستوى الاقتصادي المنخفض كترتيب ثان وأول، ونفس الأمر يلاحظ في بُعدى العدوان اللفظي والمادي لدى فئات المستويات الاقتصادية.

غير أن الباحث كان يعتقد وهو يصوغ هذا الفرض في أمرين: الأول: تضمنه الفرض وهو أن إمكانية حدوث التباين إنما يتبعه التغير في الوضع المالي أو الاقتصادي الذي يعيشه أفراد عينة البحث ككل، وهذا لم يحدث بشكل كامل فلا تأثير مباشر لطبيعة الحالة الاقتصادية على متغيرات البحث الخمسة.

والأمر الثاني: تمثل في اعتقاد الباحث بأن انخفاض المستوى المعيشي وتدنيه – كما هو الحال في فئة أصحاب المستوى الاقتصادي المنخفض مقارنة بالفئتين الأخيرتين – قد يجعل متوسط درجة الغضب كسمة أعلى من متوسط درجة الغضب كحالة، وذلك على اعتبار ما جاء من ترتيب للمتغيرات المندرجة تحت هذا المستوى المعيشي المنخفض، أو أن يظهر العدوان المادي كأبرز الأبعاد أو المتغيرات الخمسة، أو حتى بالنسبة لأبعاد العدوان ذاته، لكن هذا لم يحدث، والذي حدث أن الغضب كحالة جاء على رأس

الترتيب، والعدوان البدني جاء في ذيل الترتيب وهذا – إن كان لـه دلالة – معناه عدم تأثير الحالة الاقتصادية المنخفضة – على وجه الخصوص – على الحالة الانفعالية والوجدانية لأفراد عينة البحث فيما يتعلق بالغضب والعدوان.

والنتيجة في حد ذاتها جديرة بالملاحظة – إن جاز للباحث القول – بالنسبة للمستويات الاقتصادية الثلاثة، بمعنى هل تعايش ذوو المستوى الاقتصادي المنخفض مع الأمر وتقبلوه؟ فلم تتقدم لديهم سمة الغضب باعتبارها سمة في الشخصية لها صفة الثبات النسبي، بل لم يكونوا أكثر عدوانا مادياً - على وجه الخصوص – مقارنة بغيرهم من أصحاب المستويات الأخرى. مع أنه من المعروف على مستوى الخبرة العامة للباحث في الحياة، وعلى مستوى المعايشة مع الناس أصحاب الدخول الضعيفة، أن الغالبية منهم قد صاروا في حالة ضيق وحنق، ونقمة على الظروف والأحوال المعيشية والاقتصادية التي تعم غالبية أبناء مصر، وأن جزءاً كبيراً منهم لا يكاد يجد قوت يومه، وهم يمكثون على فوهة بركان – يكاد يُفجر كل شيء ويحرقه لو أنهم أطلقوا لـه العنان .

هل المال كما يقال لـه سطوة فيجعل أفراده أكثر غضباً، وأنهم يميلون لإدراك المواقف على أنها مُغضبة بشكل أكبر من غيرهم من أصحاب ضيق ذات اليد. هذا مع الأخذ في الاعتبار أن أفراد عينة البحث من الطلبة الذين ينتمون لتلك الفئات ومنهم من غير الطلبة الذين يعانون كبد الحياة بشكل مباشر. إن نفس الأمر يمكن استقراؤه من النتائج، وذلك بالنسبة لأصحاب المستويات المتوسطة والمرتفعة، فالغضب كسمة جاء على رأس ترتيب المتغيرات لديهم، وكأنهم برغم مستواهم المرتفع مقارنة بأصحاب المستوى الاقتصادي الأول المنخفض، أكثر غضباً، فمن يحصل على درجة مرتفعة في الغضب كسمة يحصل على درجة مرتفعة في الغضب كحالة وليس العكس .

والترتيب على النحو السابق نجد فيه تقدم الغضب على العدوان فهل يمكن القول أنه ترتيب منطقي، وكما سبق القول أن الغضب سابق على العدوان، إلا أنه لا يمكن أن يكون الشخص عدوانيا دون أن يشعر بالغضب، كما لا يمكنه أن يشعر بالغضب دون أن يكون عدوانيا. (كولز، ١٩٩١: ٢٢٣)

وما يلفت النظر أيضاً في النتيجة هو تأخر العدوان بأبعاده عن الغضب ببعديه، بل إن بعد العدوان المادي – كمثال – وهو أسوأ الأبعاد ضرراً عندما يتصف به أفراد مجموعة ما، فإنهم يكونون ممن يوقعون الأذى والضرر بالآخرين أو بالذات – على أقل تقدير- هذا البعد – جاء في ذيل قائمة ترتيب متغيرات الدراسة لدى المستويات الاقتصادية الثلاثة، وكأن ارتفاع المستوى المادي أو انخفاضه أو حتى اعتداله لا تأثير له على اتصاف الأفراد بالعدوان وأبعاده. فالكل سواء، سواء أكان مستواهم الاقتصادي مرتفعا أم متوسطا أم منخفضا. (يُلاحظ أن هذه النتيجة اتسقت مع النتائج الخاصة بقيمة "ت" حيث تبين أن أعلى المتوسطات كانت على بُعدي الغضب، وتلى ذلك أبعاد العدوان).

والنتيجة على هذا النحو يمكن التعقيب عليها – إن جاز للباحث – أنها تتعلق بطبيعة أبناء شعب مصر، فهو شعب ليس عدوانيا ولا تدميرياً، شعب تغلب عليه روح المرح والنكتة وإن كان تغلفه حالات الضيق والحنق وما يعتريه من صعوبات في الحياة، فهو صابر عليها محتمل لها، يكابد وهو صامت، وكم من مآسي دكت عنقه وهو راض يغضب ولا يعتدي، فقليلاً ما تتملكه سورة الغضب وما يتبعها من لواحق قد تأكل الأخضر واليابس.

ويمكن التعقيب من ناحية أخرى بأن التعليم الجامعي - على وجه الخصوص - قد يكون وراء هذه النتيجة، فكل أفراد عينة البحث من الجامعيين سواء الذين لم يتخرجوا بعد، أو طلاب الدراسات العليا، فسمات شخصية المتعلم تختلف قطعاً عن غير المتعلم، ومن يدرِ ربُما لو أجريت هذه الدراسة

على عينات من غير المتعلمين، فربما اختلفت النتائج عما جاءت عليه، فثقافة المتعلم مع مواقف الانفعال حتماً تتدخل لصالح الفرد، وإلا فما قيمة التعليم؟ إنها تمكنه من التحكم في انفعالاته وضبطها، وهي قد تكون وراء أن الغضب يسبق العدوان في هذه الدراسة لدى عينتي الدراسة.

صحيح هناك متعلمون لا يملكون أعصابهم، ويثورون وكأنهم لم يتعلموا، لكنها ليست القاعدة التي نقف عندها، وننفي قيمة ما يُستخرج من نتائج. إن المتعلم عندما يواجه المصاعب سيجد معه رصيده العلمي وخبراته التعليمية يمكنانه من مواجهة الضغوط والمشاكل الاقتصادية وغيرها، وكل ما يصادفه في الحياة من صعاب، فالفكر داعم، ورافع من مستوى الفرد، والعلم ينأى كثيراً بصاحبه عن الانفعالات، خصوصاً المدمرة في الغضب والعدوان.

بقيت الإشارة إلى أن متغير العدائية الذي جاء في قلب أو منتصف المتغيرات حيث يسبقه الغضب ببعديه ويليه العدوان المادي ثم اللفظي أو العكس، وذلك بالنسبة للمستويات الاقتصادية الثلاثة .

والعدائية – وفقاً للتعريف السابق – هي عدوانية كامنة يتم التعبير عنها بصورة ضمنية، وغير صريحة أحياناً، وبصورة صريحة دون مهاجمة أو تحطيم .

وعلى هذا النحو يرى الباحث – إن جاز له – أن توسط ترتيب متغير العدائية قد جاء منطقياً مع ما سبق عرضه، فالمستويات الاقتصادية الثلاثة اتسمت بأنها أكثر غضبا من كونها أكثر عدوانا، مما يعنى عدم الميل بشكل عام للعدوان، وهو ما يتفق والتفسير السابق – من وجهة نظر الباحث – وهى أن طبيعة أفراد عينة البحث ذوو عدوانية كامنة، يُعبر عنها بشكل ما أو بآخر، وما أكثر أشكال التعبير عن العدوان خصوصاً لدى مجتمع الطلبة، والباحث ليس في مجال لعرض طبيعة أو شكل هذا العدوان، لكن ما يغلب

ويمكن ملاحظته، وما يسود، يمكن الأخذ به أو الاعتماد عليه فيَ التفسير والتأويل أو التحليل. وعليه فطبيعة أفراد عينة البحث بمستوياته الاقتصادية الثلاثة طبيعة ليست ذات سلوك عدواني مباشر، ولكنهم قد يتخذون في عدائيتهم عدة صور منها: نقد الذات- نقد الآخرين – العدائية الصريحة – الشعور بالذنب، وكلها لا علاقة لها بالعدوان المباشر الفعلي.

وعلى الرغم مما تقدم يأمل الباحث في دراسة أخرى لاحقة، دراسة هذا التباين – وفقاً للمستويات الاقتصادية – لدى كل من الذكور والإناث، للكشف عن مدى تأثير الأحوال الاقتصادية بمستوياتها الثلاثة على الخصائص الانفعالية والوجدانية والنفسية لدى كل من الجنسين، وعلى عينات متعددة.

وبالنظر للدراسات السابقة نجد أن دراسة(Bron and Suzanne,1983) قد أكدت على أن المستوى الاقتصادي يؤثر على الغضب، ولكن من ناحية التعبير عنه، فالإناث أصحاب المستوى الاقتصادي المرتفع يفصحن عن مشاعرهن (الداخلية) المرتبطة بكل من الحب والغضب والسعادة والحزن، وذلك مقارنة بغيرهن من أصحاب المستوى الاقتصادي المرتفع والمنخفض من الذكور والإناث، وأيضاً على مستوى مجموعتي الذكور والإناث من مرتفعي ومنخفضي المستوى الاقتصادي، تبين أن الإفصاح الداخلي عن مشاعر الغضب غير دال بين المجموعات الأربع، وذلك في مجال المقارنة بين المتزوجين ولهم أسرة وغير المتزوجين. وهذا يعني- ضمنياً- أن تأثير الحالة الاقتصادية ارتفاعاً أو انخفاضاً لا تأثير له على إبداء الغضب بشكل مباشر، وهذا يتفق بشكل نسبي مع نتائج الدراسة الحالية، مع الأخذ في الاعتبار أن متغيرات الدراسة في الدراستين به اختلاف.

وبالنسبة للذكور، فالنتيجة بينت أن منخفضي الحالة الاقتصادية منهم أكثر سعادة من أصحاب المستوى الاقتصادي المرتفع. وهي نتيجة عكسية لا

تتماشي مع الواقع، إذ المفروض أن الأكثر دخلاً هم السعداء. والنتيجة هذه تتفق في مضمونها بشكل نسبي مع الدراسة الحالية، فأفراد عينة الدراسة الحالية من أصحاب الدخول المنخفضة أقل غضباً وعدواناً مقارنة بأصحاب الدخول المتوسطة والمرتفعة. كما أن المستوى الاقتصادي بمستوياته الثلاث، لا يرتبط بشكل مباشر بأبعاد الغضب والعدوان.

وكذلك بينت دراسة (Leslie; Gretchen, and Deborah,1995) أن الغضب لا يتباين بتباين الأحوال أو المستويات الاقتصادية؛ ولكنه يتباين بتباين الجنس، فالإناث تتجنب مواقف الغضب، أما الذكور فهم علي العكس من ذلك. وهي في هذا تتفق مع نتائج الدراسة فالغضب لا يتباين بتباين الأحوال أو المستويات الاقتصادية.

وتتفق نتيجة الدراسة مع دراسة (Scott, 2003) حيث تبين أن تباين المستويات الاقتصادية لا تأثير لـه على الغضب، وذلك لدى من يعانون من ظروف اقتصادية سيئة، وأخري أحوالهم الاقتصادية أفضل حالاً، وثالثة تقف بين هذا وذاك. كما تبين أن الأطفال الأصغر سناً في المستويات الاقتصادية الثلاثة هم الأكثر غضباً، وإن الغضب يتناقص تدريجياً كلما تقدم الفرد في العمر، وهذه النتيجة في حد ذاتها تتفق مع نتيجة الفرض الخامس، كما سيأتي لاحقاً.

وجدير بالذكر الإشارة إلى أن نتيجة هذا الفرض- حسب حدود علم الباحث - لم تتناولها أي دراسة سابقة على النحو الذي تمت به في الدراسة الحالية، وهو ما يضفي أيضاً أهمية علمية في مجال البحث عن تأثير المستويات الاقتصادية على كل من أبعاد الغضب والعدوان.

٣- نتيجة الفرض الثالث:

نص الفرض الثالث على ما يلي: "- توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في أبعاد الغضب: الغضب كحالة والغضب كسمة، وأبعاد العدوان: العدوان المادي والعدوان اللفظي والعدائية".

جدول رقم (٢٠) يوضح قيم (ت)
ودلالتها لمتغيرات الدراسة لدى الذكور والإناث

العينة / المتغيرات	الذكور		الإناث		(ت)	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الغضب كحالة	٣٢	٧,٨	٣٦,٦	٨,٤٤	٦,٧٤	٠,٠٠١
الغضب كسمة	٣٦,٨	٦,٨٢	٣٦,٥	٦,٤٠	٠,٤٨	غير دال
العدوان المادي	١٤	٨,٥١	١٢	٣,١٠	٣,٩٤	٠,٠٠١
العدوان اللفظي	٢٠,٧	١٠,٨	١٠	٥,٢٤	١٥,٨٩	٠,٠٠١
العدائية	١٨,٨	١٠,٥	١٦,٢	٨,١٩	٣,٥٣	٠,٠٠١

بالنظر إلى ما جاء من نتائج بالجدول السابق، نلاحظ ما يلي:

أولاً: بالنسبة للغضب ببعديه: الغضب كحالة وكسمة:

أ- بالنسبة لمتغير الغضب كحالة: نجد أن قيمة (ت) كانت دالة عند مستوى (٠,٠٠١) لصالح الإناث .

ب- بالنسبة لمتغير الغضب كسمة: لم تكن الفروق دالة بين الجنسين، وإن كانت قيمة متوسط درجات الذكور أعلى – قليلاً – من متوسط درجات الإناث.

ثانياً: بالنسبة للعدوان بأبعاده الثلاثة:

كشفت نتائج قيمة (ت) عن فروق دالة عند مستوى (٠,٠٠١) بين الذكور والإناث لصالح الذكور في أبعاد العدوان الثلاث وهي: العدوان المادي– العدوان اللفظي– العدائية.

مناقشة نتيجة الفرض الثالث:

أولاً: بالنسبة للغضب ببعديه:

النتيجة على النحو الذي جاءت عليه تعني – في شقها الأول "أ"- اتصاف الإناث بحالة الغضب، وهى حالة نفسية فسيولوجية تتكون من مشاعر ذاتية بدرجات متفاوتة من الاستثارة أو الضيق البسيط إلى الغيظ الشديد، يصاحبها تنشيط للجهاز العصبي الذاتي، وتمثل حالة مؤقتة تختلف من وقت لآخر، ويستثيرها عادة إدراك الشخص أنه تعرض للاهانة أو الظلم أو الإحباط .

وحالة الغضب - كما سبق وتقدم - هي حالة انفعالية تتباين في شدتها لا من وقت لآخر فحسب، بل من فرد لآخر في نفس الموقف. وعلى النحو السابق - ووفقاً لما يراه سبيلبرجر – تكون الأنثى في حالة عاطفية تتركب من أحاسيس ذاتية تتضمن التوتر والانزعاج والإثارة والغيظ، وذلك مقارنة بالذكور. (عبد الفتاح القرشي، ١٩٩٧؛ محمد السيد وفوقية حسن، ١٩٩٨) .

والنتيجة على النحو السابق لا تدعمها نتائج الدراسات السابقة المرتبطة بالفروق بين الجنسين في الغضب كحالة، فدراسة (عبد الفتاح القرشي،١٩٩٧) أكدت على عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في الغضب كحالة، كما أنها بينت أن متوسط الذكور كان أعلى من متوسط الإناث، كذلك دراسة (Hasida, and Moshe, 1989) بينت عدم وجود فروق بين الجنسين في الغضب كحالة سواء بالنسبة للإناث الإسرائيليات أو الأمريكيات في مقارنتهن بالذكور.

ولسنا هنا بصدد مناقشة تباين أو اختلاف نتيجة الدراسة الحالية مع ما سبقها من دراسات فقط، لكن تجدر الإشارة إلى أن هذا التباين ربما يكمن في الاختلاف الثقافي بين نتائج الدراسة الحالية، فنتائج دراسة (القرشي،١٩٩٧)

كانت على عينات من الإناث الكويتيات (ن =٦٠) من طالبات الجامعة أثناء تقنينه لقائمة حالة سمة الغضب والتعبير عنه "السبيلبرجر"، كذلك النتائج المرتبطة بدراسة (Hasida, and Moshe, 1989) كانت على الإناث الإسرائيليات من طالبات الجامعة والتي قورنت النتائج المشتقة من تلك الدراسة بنتائج دراسة سابقة على الأمريكيات.

أما عينة الدراسة الحالية فقد كانت من المصريات (ن =٣٠٩) طالبة جامعية. فإذا أضفنا لذلك أن ظروف الفتاة المصرية والتنشئة الأسرية والمجتمعية لها تختلف لا شك عن أقرانها في المجتمعات الأخرى. فالوضع الاقتصادي – على سبيل المثال - للفتاة المصرية أدنى من زميلتها الكويتية أو الأمريكية أو الإسرائيلية، فالأسرة تكافح دوماً كي تهيئ لأبنائها ظروفاً أفضل، خصوصاً ونحن نعلم أن من أفراد العينة (٨١) أنثى مستواهن الاقتصادي منخفض، و(١٣٧) مستواهن الاقتصادي متوسط أي أن (٢١٨) أنثى يقعن في المستوى الاقتصادي المنخفض والمتوسط، وبنسبة تصل إلى (٤٠,٣٠%) من النسبة الكلية للعينة – وفق النوع والمستوى الاقتصادي - وهذا ربما يجعلهن دوماً في حالات من الاستثارة والضيق وربما الغيظ الشديد، إضافة للتوتر والشعور بالانزعاج.

كذلك فالبنت المصرية بصرف النظر عن.أنها تمر بمرحلة المراهقة وما بها من توترات وتقلبات مزاجية وعدم ثبات انفعالي، فهي تعيش في واقع لا تجد فيه ذاتها، فهي لدى الكثير من الأسر المصرية في المرتبة الثانية بعد أخيها الولد، بل بعد الذكر عموماً، فهو مقدم عليها دوماً، ولا تجد ذات الحرية المتاحة للذكر، كما تقع عليها خدمته ورعايته، وله الإمرة والنهي، ومكانها دوماً بعده، بل إن الكثير من الأسر المصرية تحقر من الفتاة ولا تلتفت لها، ودوما الرقابة عليها أشد والثقة فيها أقل....الخ. وكل هذا وغيره يجعلها دوما

في حالة انفعالية شديدة تارة وأخف تارة أخرى، لكنها دوما أكثر انفعالاً وتوتراً من الذكر في المجتمع المصري، باختصار – إذا جاز القول – حقها مهضوم لدى الغالبية من الأسر المصرية.

وعلى المستوى المجتمعي فالنظرة لا تقل عما تلقاه الأنثى في أسرتها. صحيح هناك تغير حالياً تجاه النظرة للأنثى في المجتمع المصري، وهو تغير ذو اتجاه إيجابي نحوها على مستوى الدولة وما تقدمه من خدمات وفرص لم تكن تتاح للأنثى في مجتمعنا من قبل. لكن ماذا يفعل هذا إذا كانت الأسرة ستظل باقية على رؤيتها للفتاة في مقابل الفتى؟.

أما بالنسبة للنتائج المرتبطة بالفروق بين الجنسين في متغير الغضب كسمة في شقها الثاني "ب"، نجد أن النتائج لم تكشف عن فروق دالة بينهما، وكانت قيمة ت = (٠,٤٨) وهى غير دالة. وبالرغم من عدم دلالة الفروق، إلا أن المتوسط الحسابي للذكور كان أعلى مما لدى الإناث. وربما هذا يفسر – من وجهة نظر الباحث إن جاز له– أن متوسطات الذكور على أبعاد العدوان المادي واللفظي والعدائية، كانت أعلى مقارنة بالإناث. وهذا ربما تكمن دلالته في أن سمة الغضب – وفقا للنتائج – وما لها من صفة ثبات نسبي، يجب أن تكون أعلى لدى الذكور ما دام متوسط درجاتهم أعلى على إبعاد العدوان، كذلك عند فحص الخصائص السيكومترية لقائمة الغضب " لسبيلبرجر" أسفر التحليل العاملي لبنود "سمة الغضب" عن وجود عاملين أولهما عامل المزاج الغاضب، وثانيهما "عامل الاستجابة الغاضبة"، وهما خاصيتان مزاجيتان يرى الباحث أنهما مرتبطتان بما كشفت عنه النتائج لصالح الذكور سواء في ارتفاع متوسطهم على سمة الغضب أو أبعاد العدوان الثلاثة (المادي - اللفظي - العدائية).

وبمقارنة تلك النتيجة بما كشفت عنه الدراسات السابقة فيما يتعلق بسمة الغضب لدى الجنسين نجد أن دراسة (Hasida, and Moshe, 1989) لم تتفق نتائجها مع نتيجة الدراسة الحالية، فقد أظهرت الإناث (الإسرائيليات والأمريكيات) مستويات مرتفعات من سمة الغضب والفروق كانت دالة بينهما. أما دراسة (القرشي، ١٩٩٧) فقد اتفقت نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية، حيث لا توجد فروق دالة بين الجنسين في سمة الغضب. كما كان متوسط الذكور أعلى – رغم عدم الدلالة – في تلك السمة مقارنة بالإناث. وكذلك في دراسة (بدر الأنصاري، ٢٠٠٠) كانت الفروق دالة لصالح الإناث في سمة الغضب- كانفعال وليس كبعد من أبعاد الغضب - سواء كن من طالبات الثانوي أو طالبات الجامعة.

وإذا راجعنا ما جاء بالدراسة الحالية من خلال نتائج الدراسات السابقة الخاصة بالفروق بين الجنسين في باقي صور أو أبعاد الغضب نلاحظ ما يلي:

أ- لم تكن بين الجنسين فروق دالة في قمع الغضب والتعبير عنه داخلياً أو خارجياً (Thomas,1989)، ولا توجد فروق دالة بينهما في ردود الأفعال السلوكية حال الغضب، كما هو الحال حين يتعرضون لمواقف تثير الغضب كالإهانة. (Biaggio, et al., 1989).

ب- الإناث اللاتي كشفن عن أعراض مرتبطة بالغضب – هؤلاء – لا يمكنهن قمع غضبهن أو كبته. (Thomas, 1989)

ج- الذكور في المواقف المثيرة أو المحركة للغضب يكونون أكثر عدواناً. (Biaggio, 1989)

د- يشتد غضب الأنثى إذا كان موجها ضد الإناث أكثر مما لو كان موجها ضد الذكور. Michael and Linda, 1989)

هـ- الذكور أكثر حدة في العنف مقارنة بالإناث.(علي عبد السلام، ٢٠٠١).

و- النتائج هنا تتباين فيما يتعلق بصور التعبير عن الغضب سواء بالنسبة للذكور أو الإناث. ولا يمكن الركون إلى أيهما تكثر لديه صورة ما من صور التعبير عن الغضب بشكل سافر.

وأياً ما كان، تجدر الإشارة إلى أن النتيجة قد جاءت منطقية من وجهة نظر الباحث، فالإناث المصريات لا يتسمن بسمة الغضب كسمة شخصية لديهن لها صفة الثبات النسبي – بناء على متوسط درجاتهن – وذلك على العكس بالنسبة للذكور فهم على الدوام – النسبي – أكثر غضباً لأنهم الأكثر عدواناً بأبعاده الثلاثة كما سنناقشها بعد ذلك.

إن سمة الغضب تعبر عن تكرار الفرد دوماً لحالة الغضب؛ فالإفراد الذين لديهم سمة الغضب مرتفعة يدركون مدى واسعاً من المواقف على أنها مثيرة للغضب، وبذلك يتعرضون لحالة الغضب بصورة مستمرة أكثر تكراراً وأشد حدة، مقارنة بالأشخاص الذين تكون سمة الغضب لديهم منخفضة (القرشي،١٩٩٧). فهل ما سبق ينطبق على ذكور عينة البحث؟

إن حالة الغضب ليست في صالحهم بل في صالح الإناث، فهل يجوز القول – برغم ما تقدم – أنهم أكثر غضباً من الإناث، خصوصا أننا إذا رجعنا لجدول رقم (٢٠) نجد أن متوسط درجات سمة الغضب لدى الذكور (٣٦,٨) أعلى من متوسط (٣٢) حالة الغضب لديهم، وذلك على العكس لدى الإناث، فحالة الغضب (٣٦,٦) تتقدم على سمة الغضب (٣٦,٥).

ولا يفوتنا – إن جاز للباحث – التعقيب بأننا لا يجب أن نتجاهل أن مشكلة الفروق بين الذكور والإناث في السمات الانفعالية – على وجه الخصوص – تختلف باختلاف كل من السن، وطبيعة السمة الانفعالية والتنشئة الاجتماعية، والمتغيرات المزاجية والبيولوجية والتجارب الخاصة،

والتربية الخاطئة، وغير ذلك كثير. ومن الممكن أيضا النظر إلى هذه النتيجة المتعلقة بالغضب كحالة وكسمة في ضوء مبدأ الفروق الفردية أو الفروق النوعية. وقد تحقق هدفاً تُعرف الفروق بين الجنسين في الغضب كحالة و كسمة. (بدر الأنصاري ، ٢٠٠٠)

ولا يفوتنا أيضاً الإشارة إلى ما يسمى بتجاوز النزعة الثنائية في علم النفس، والتي ترفض القول بالحالة والسمة ـ ما دمنا نتناول متغيراً كالغضب وهو ذو بعدين هما الحالة والسمة ـ اعتقاداً بما يراه أصحاب التوجه النقدي في علم النفس والطب النفسي، بأن هذه الثنائية الشائعة في فكر الباحثين من شأنها أن تجعلهم ينتهون إلى نتائج جزئية وناقصة؛ بل وغير دقيقة في تفسير سلوك الإنسان وفهم شخصيته. ومن هنا شجعوا محاولات السعي إلى تجاوز النزعة الثنائية في النظر إلى الإنسان ومحاولة البحث عن نقاط للاتصال بين النظامين الجسمي والعقلي في سبيل الوصول إلى معرفة طبيعة العلاقة بينهما، وتنطلق هذه الجهود من افتراض أن النظامين لا يمكن إلا أن يكونا منفصلين تمام الانفصال عن بعضهما البعض، وإن اختلفت طبيعة كل منهما، لأنهما رغم هذه الاختلافات ينتميان لكيان واحد هو الإنسان.

إن السمة تعكس بقايا خبرات ماضية تحدد بشكل ما الفروق الفردية ـ في الميل للغضب مثلاً ـ والسمة لا تُلمس ولا تُقاس مباشرة؛ لكن يستدل عليها من آثارها (في سلوك الإنسان) التي نقيسها بالاستخبارات. وسمة كالغضب موجودة عند كل الناس، ولكن بمستويات منخفضة تمتد من المستوى المنخفض إلى المستوى العالي. إنها استعداد سلوكي يُكتسب في الطفولة المبكرة والمتوسطة، ويظل ثابتاً ـ نسبياً ـ عند الأفراد في مراحل العمر التالية.

إن حالـة الغضب عبارة عن حالـة عاطفية تتركب مـن أحاسيس ذاتية تتضمن الـتوتر والانـزعاج والإثـارة والغيظ. وسـمة الغضـب يُنظر إلـيها فـي ضوء كم عدد المرات التي يكون فيها الفرد غاضباً في وقت محدد (أي الوقت الـذي معه يصير الفرد غاضباً) وهنا لا يُنظر إلـى الغضب فـي ضـوء الكيف والمعنى، ولكـن فـي ضـوء الكـم العـددي، وذلـك مـن حيث كـم أو مـا مقـدار المواقف التي يكون منها أو فيها الفرد غاضباً؟.

والحالـة والسـمة بهـذا المعنى مستقلان عن بعضـهما الـبعض ولا يـدل وجـود "حالة غضب" عالية على وجود "سمة غضب" عالية. فحالة الغضب ترتفع عند كل إنسـان يتعرض للـتوتر والانـزعاج والإثـارة والـغيظ ،وهذا أمر منطقـي وطبيعـي. والأولـى "حالـة الـغضـب "عـبارة عن رد فعل يحـدث مـع المواقف المثيرة للغضب، أما الثانية "سمة الغضب" فهي عبارة عن استعداد عالـي للغضب، يظل كامنـا حتى يأتي التنبيه المنـاسب فيثيره ويُظهره في حالة غضب قد تكون زائدة أو هي كذلك. وسمـة الغضب ـ على وجه الخصوص ـ باعتبارها سمـة رئيسية فـي الشخصية، تعكس استعداداً سلوكياً ثابتاً يختلف مستواه مـن شخص لآخر، ويمكن قياسـه ـ أي الاستعداد ـ وتحديد مستواه بكفاءة عالية. (كفافي ومايسة،١٩٩٧؛كمال إبراهيم،١٩٨٧ : ٥١ـ٥٢)

ثانياً: بالنسبة للعدوان بأبعاده الثلاثة:

النتـيجة كمـا جـاءت تفيد أن الذكور يمـيلون إلـي توقيع الأذى أو الضرر بالآخرين أو بـالذات، ويُعبر عنه بطريقة مباشرة وواضحة، وتشمل ـ الطريقة ـ العـدوان المـادي، وتـم التعبير عنه بطـريقة مباشـرة وواضـحة (السـلوك العدوانـي المباشـر أو السـلوك المـادي)، وكذلـك فـالذكور تكـون استجاباتهم اللفظـية تحمـل الإيـذاء النفسـي والاجتماعـي للخصـم أو المجموعـة، وجـرح

مشاعرهم أو التهكم بسخرية منهم، وهم الأكثر إضماراً للعداء، بصورة ضمنية وغير صريحة أحياناً، وبصورة صريحة دون مهاجمة أو تحطيم.

وبمطابقة تلك النتيجة بما جاء في الدراسات السابقة نجد ما يلي: الذكور أكثر إظهاراً للعدوان البدني واللفظي كما جاء في دراسة (Kirsti ; BJorkqvist, and Peltonen,1988)، ودراسة (Crick, and Grotpeter, 1995)، ودراسة (Mary and Kelly,1996)، ودراسة (Martin; Manuel, and Takehiro,2001)، ودراسة (Mary,2006"a"and"b").

على أننا ومن واقع ما جاء بالدراسات السابقة يمكن أن نجمل الصفات أو الخصائص التي كشفت عنها تلك الدراسات فيما يتعلق بعدوان الذكور في مقابل عدوان الإناث، وذلك على النحو التالي:

أولاً: الذكور: يتسم الذكور بأنهم أكثر قابلية للاستثارة ويميلون إلى التهجم أو محاولة الاعتداء (Barbara, et al., 1987) وفى سلوكهم ما ينم عن ازدراء واحتقار الغير، وهم لا يمكنهم كظم غيظهم لفترات طويلة Janice, and Jeane,1989) ؛ Kirsti; BJorkqvist, and Peltonen, 1988)، عدم احترام آراء الغير، والشعور بالفراغ والشعور بالإعاقة، وعدم الإذعان، والفظاظة والخشونة ولا يميلون للعدوان الضمني (الخفي)، وفى سلوكهم تنمر أو إستأساد على الأضعف منهم. (رشاد على، ١٩٩٣؛ Kaj,1994; Kaj; Karin, and Kirsti,1994). والذكور العدوانيين أكثر عدوانية من الإناث العدوانيات (رشاد على، ١٩٩٨) عدوانهم يرتبط به تصورهم أو مفهوم الذات لديهم (Julie and Marion, 1999). وأخيراً هم أكثر عداءاً وعدواناً خصوصاً عندما يتم توجيه العدوان نحو الذكور مثلهم (نعيمة شاطر، ٢٠٠٦؛ Mary,2006"a").

ويمكن القول أن نتيجة الفرض في مجملها تسير مع ما كشفت عنه الدراسات السابقة، والتي كان لها في الأغلب توقع عام أو تصور نظري انطلقت منه تلك الدراسات. لكن هناك بعض القضايا أو التساؤلات النوعية التي ترتبط بالنتائج في صورتها العامة وتحتاج إلى إلقاء الضوء عليها.

لكن بداية ما يهم الباحث ذكره هنا أنه لم يكن في صف جانب دون جانب، لكن النتائج في هذا الفرض أكدت على عدوانية ذكور أفراد عينة البحث، وكان الفرق دالاً بين الجنسين عند مستوى (٠,٠٠١) على الأبعاد الثلاثة للعدوان.

قد يفهم الباحث بالخبرة الذاتية والحياتية والتعامل مع البشر، خصوصاً التعامل مع تلك الفئات العمرية التي يتعامل معها الباحث طوال سنين عديدة، وبحكم كونه يعمل بالجامعة، ويحتك بكل تلك الفئات التعليمية والعمرية، وبحكم أنه أيضاً "أب" وله أولاد من الذكور والإناث في ذات المرحلة العمرية، ومروراً بكونهم كانوا صغاراً ثم صاروا مراهقين – قد يفهم – أن الذكور أكثر عدواناً بدنياً وخصوصا بحكم تكوينهم الجسدي وطبيعة التنشئة الاجتماعية السائدة، إذ نادراً ما تجد أنثى تشتبك مع أنثى باليد أو باستخدام سلاح أو أي آلات أخري. وبالتالي فمن المتوقع وفق الرؤية الحياتية لا الواقع التجريبي العلمي، ومن منطلق لا يمكن الشك فيه، وهو أن هناك عدواناً بين الإناث، كأن تكون الدلالة في صالحهن في العدوان اللفظي كأضعف الإيمان أو العدائية، لكن لم يحدث هذا وتقدم الذكور على الإناث في كل أبعاد العدوان، وبفرق كبير ودال، خصوصاً في العدوان الفظي، حيث بلغت قيمة (ت) = (١٥,٨٩)، وهي دالة أبعد من مستوى (٠,٠٠١)، كذلك تفوق ذكور عينة الدراسة الحالية على الإناث، فيما أكدت عليه العديد من الدراسات من

أن اغلب عدوان الإناث يكمن في العدوان الضمني، والعدوان اللفظي Katy and Michael, 2004) وغير المباشر.

ونحن نعترف ونسلم بأنه لا شيء متوقع مع نتائج العلم، ولكن طبيعة العينة والبيئة التي هم منها، والمجتمع الذي ينحدرون منه، والعمر والتعليم وخصائصهم الشخصية، وغير ذلك من عوامل لا تقل أهمية، ولعل من أهمها الطبيعة البيولوجية التي يتسم بها كل جنس عن الأخر.

وهنا يثار التساؤل عن السبب في استقرار السلوك العدواني لدى الذكور أكثر من استقراره لدى الإناث، وهل هناك محددات فيزيولوجية وراثية كما يقول (معتز سيد عبد الله،١٩٩٨) ربما تكون مسئولة عن ذلك؟

إن الفرق بين الجنسين أولاً يمكن إنكاره في أبعاد العدوان، سواء أكانت هذه الفروق تحددها عوامل بيئية اجتماعية أم بيولوجية فطرية، أم غير ذلك، ولا يمكن كذلك إغفال الدور الجنسي بوصفه أحد أهم الأدوار الاجتماعية لكل فرد. كذلك تجد الإشارة إلى القول بأنه لو اتسق الأفراد في سماتهم وحالاتهم لسهلت عملية رصد الفروق، ومن ثم بين الجنسين في متغيرات البحث. (بدر الأنصاري، ٢٠٠٠).

وكما تقدم في تفسير الجانب الخاص ببعدي الغضب، يؤكد الباحث – إن جاز له – أن المجتمع الشرقي أكثر تسامحا – الأسرة على وجه الخصوص – مع الذكور، وقل في هذا تسامحاً في أكثر السلوكيات التي يأتي بها الذكور، وربما تتجاوز بعض الأسر في بعض السلوكيات التي تصدر من الذكور، ويرونها هم غير مقبولة، لكنهم يباركونها لا لشيء إلا لأنهم ذكور. فالذكر ينبغي أن يكون باللغة الدارجة "خشن" يأخذ حقه بيده، بالقوة، وحتى لو كان ما يأخذه ليس حقه، فقد يدعمون هذا السلوك.

إن بعض الآباء يرون العداوة سمة ذكورية ينبغي أن يتسم به الذكور دون الإناث، لذا نجد الكثير من الإناث يتعرضن لضغوط اجتماعية تحول دون التعبير عن عدوانيتهن بصورة واضحة وملحوظة (رشاد علي، ١٩٩٨)، إنهن غير مسموح لهن التعبير عن غضبهن، وبالتالي عدوانهن نحو الذكور، كما أن عوامل التنشئة في كثير من الأحيان تكون مسئولة عن تدعيم هذا السلوك لدى الذكور وانطفائه لدى الإناث.

داخل الأسر يتعلم البنات والأولاد دروساً مختلفة في كيفية التعامل مع المشاعر، إذ يناقش معظم الآباء عموما الانفعالات- باستثناء الغضب أو العدوان – مع بناتهم أكثر من أولادهم. والآباء عندما يحكون قصصا لأولادهم منذ نعومة أظفارهم يستخدمون الكلمات العاطفية مع البنات، عكس ما يحدث مع الذكور حيث يكون التأكيد على عناصر القوة والغضب والعدوان. (محمد أحمد إبراهيم، ٢٠٠٣: ٤٢).

كما أن بعض الآباء يرون العدوان سمة ذكورية ينبغي أن يتسم بها الذكور دون الإناث، لذا نجد الكثير من الإناث يتعرض لضغوط اجتماعية تحول دون التعبير عن عدوانيتهن بصورة واضحة وملحوظة (رشاد على،١٩٩٨)، كما أنهن غير مسموح لهن التعبير عن غضبهن وبالتالي عدوانهن نحو الذكور. إن عوامل التنشئة الاجتماعية في كثير من الأحيان تكون مسئولة عن تدعيم هذا السلوك لدى الذكور وانطفائه لدى الإناث.

ولا يفوتنا القول بأن الكثير من السلوك العدواني سلوك متعلم، والفرد حين يتعلمه يُبقى عليه في الأغلب في سلوكياته، تماما مثلما يفعل في السلوكيات الأخرى التي يتعلمها. كما أن هناك عدة عوامل مهمة وراء تطور أو نمو السلوك العدواني، من أهمها التقليد أو المحاكاة. فالسلوك العدوان يمكن تعلمه بمحاكاة الأب أو الأخ الأكبر أو المدرس أو الأقران، وكلهم ذكور

ينقلون العدوان، بأساليب عدة ربما لا يدركون أنها تُقلد أو تُحاكى من قبل الغير.

ونختتم التعقيب بأنه لا يجب أن نغفل سمات الشخصية والاحباطات التي تواجه الكل ذكوراً وإناثاً، والقيود المفروضة اجتماعياً بما لا يُسمح بالتعبير الصريح عما يكمن داخل النفس البشرية، والذي ربما لو سُمح به لا يكون هناك عدوان ولا غضب بشكل صريح ودائم، ففي النهاية هناك الغضب الإيجابي والعدوان الإيجابي، وكلاهما مطلوبان وضروريان للحياة، وحدود البحث هنا تُعيق تناوله، وإن كان الباحث قد عرض في إيجاز لكليهما في الإطار النظري للدراسة.

نتائج الفرض الرابع:

نص الفرض الرابع علي ما يلي: " الارتباطات جوهرية موجبة بين متغيرات الدراسة المتمثلة في بعدي الغضب: الحالة والسمة، وأبعاد العدوان: المادي واللفظي والعدائية".

جدول رقم (٢١) يوضح قيم معاملات الارتباط بين أبعاد الغضب والعدوان لدى العينة الكلية (ن=٦١٤)

الأبعاد	الغضب كحالة	الغضب كسمة	العدوان المادي	العدوان اللفظي	العدائية
الغضب كحالة	—				
الغضب كسمة	٠,٦١٣	—			
العدوان المادي	٠,٣٩٠	٠,٦٥٦	—		
العدوان اللفظي	٠,٤٦٢	٠,٦٦٤	٠,٦٨١	—	
العدائية	٠,٥٩٢	٠,٥٣٢	٠,٧٦٣	٠,٨٦٧	—

(ر) جوهرية عند مستوى (٠,١٠) عندما تكون ≥ ٠,٠٧٤

(ر) جوهرية عند مستوى (٠,٠٥) عندما تكون ≥ ٠,٠٨٨

(ر) جوهرية عند مستوى (٠,٠٢) عندما تكون ≥ ٠,١٠٤

(ر) جوهرية عند مستوى (٠,٠١) عندما تكون ≥ ٠,١١٥

(ر) جوهرية عند مستوى (٠,٠٠١) عندما تكون ≥ ٠,١٤٨

(صفوت فرج،١٩٩٦: ٤٧٦)

يوضح جدول رقم (٢١) وجود ارتباطات موجبة دالة عند مستوى (٠,٠٠١) بين أبعاد الغضب والعدوان، وقد كان ترتيب معاملات الارتباط بين أبعاد كل من الغضب والعدوان علي النحو التالي: العدوان اللفظي والعدائية (٠,٨٦٧)، العدوان المادي والعدائية (٠,٧٦٣)، العدوان المادي والعدوان اللفظي (٠,٦٨١)، الغضب كسمة والعدوان اللفظي (٠,٦٦٤)، الغضب كسمة والعدوان المادي (٠,٦٥٦)،الغضب كحالة والغضب كسمة (٠,٦١٣)، الغضب كحالة والعدائية (٠,٥٩٢)، الغضب كسمة والعدائية (٠,٥٣٢)، الغضب كحالة والعدوان اللفظي (٠,٤٦٢)، الغضب كحالة والعدوان المادي (٠,٣٩٠).

مناقشة نتائج الفرض الرابع: يمكن التعقيب علي النتائج كما يلي:

أولاً: بالنسبة لبعدي الغضب:

١ـ كشفت النتائج عن ارتباط إيجابي دال بين الغضب كحالة والغضب كسمة، وهو ارتباط مرتفع دال عند مستوي (٠,٠٠١)، وهذا يعني أن الذين تكون سمة الغضب لديهم مرتفعة تميل حالة الغضب إلى الارتفاع لديهم أحياناً. وهذه النتيجة تتفق مع ما كشفت عنه نتائج دراسة (سبيلبرجر، ١٩٨٨)، وكذلك في دراسة (معتز سيد وصالح عبد الله،١٩٩٥) حيث تبين ارتباط الغضب (كبعد من أبعاد العدوان) بأبعاد العدوان الأخرى وهى، (العدوان الكلي، العدوان البدني، العدوان اللفظي، العداوة)، وقد كان معامل الارتباط دالاً عند

مستوى (٠,٠١) لدى ثلاث مجموعات عمرية تمثل المرحلة المتوسطة والمرحلة الثانوية والمرحلة الجامعية.

وتتفق النتيجة أيضاً مع نتيجة دراسة (محمد السيد عبد الرحمن، وفوقية حسن، ١٩٩٨) والمتعلقة بالخصائص السيكومترية للمقياس المستخدم في الدراسة عن وجود معامل ارتباط إيجابي دال بين الغضب كحالة وكسمة، وقد كان معامل الارتباط دالاً عند مستوى (٠,٠١). كما تتفق أيضاً مع نتيجة دراسة (آمال عبد السميع،٢٠٠٣) والمتعلقة بالخصائص السيكومترية للمقياس المستخدم في الدراسة (مقياس السلوك العدواني والعدائي للمراهقين والشباب) عن وجود ارتباط إيجابي دال بين بعد الغضب كمقياس فرعي من مقياس السلوك العدواني والعدائي، حيث بلغت معاملات الارتباط بينه وبين العدوان المادي (٠,٧٣)، والعدوان اللفظي (٠٧٤) والعدائية (٠,٨١). وهي معاملات دالة أيضاً عند مستوى (٠,٠١).

٢- يشير عدم وجود ارتباطات مرتفعة لمفهوم حالة الغضب- مقارنة بباقي الارتباطات العشر- إلي قدر من التميز والاستقلالية لمفهوم حالة الغضب عن بقية المفاهيم أو الأبعاد الأخرى موضوع الدراسة.

٣- ظهر لسمة الغضب ارتباط مرتفع مع العدوان اللفظي والعدوان المادي والعدائية مقارنة بحالة الغضب، وهذه النتائج تتسق مع العلاقة المتوقعة وكل من هذه المقاييس الثلاثة حسب مفهوم كل منها.

ثانيا: بالنسبة لأبعاد العدوان:

١- كشفت النتائج عن ارتباط إيجابي دال مرتفع بين العدوان اللفظي والعدائية، والعدوان المادي والعدائية، والعدوان المادي والعدوان اللفظي- وهي أعلى معاملات ارتباط بين الأبعاد الخمسة وبعضها البعض- وقد أشارت نتائج معاملات الارتباط بين هذه الأبعاد الثلاثة إلى مستويات دلالة تعدت حتى

مستوى (٠,٠٠١)، وهذه النتائج تتسق أيضاً مع العلاقة المتوقعة ومفهوم كل منهم.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (Buss, and Perry, 1992) التي أكدت على وجود علاقة ارتباطية ايجابية دالة بين أبعاد العدوان وهي: العدوان المادي، والعدوان اللفظي، والعدائية، والغضب. ودراسة (نبيل حافظ ونادر قاسم،١٩٩٣) التي أكدت على وجود علاقة ارتباطية بين جوانب مقياس أعده لقياس أشكال السلوك العدواني، وهذه الجوانب هي العدوان المادي والعدوان اللفظي والعدوان السلبي، وهي قيم دالة عند (٠,٠٥). أما دراسة (Archer; Kilpatrick, and Baramwell,1995) فقد كشفت أيضاً عن ارتباط إيجابي دال ولكن بين العدوان اللفظي والعدوان البدني.

وتتفق هذه النتيجة- بشكل كبير- مع نتائج دراسة (معتز سيد وصالح عبد الله، ١٩٩٥) حيث ارتفعت معاملات الارتباط بين الأبعاد وبعضها، وإن ارتفعت قيم معاملات الارتباط أكثر في الدراسة الحالية لذات الأبعاد. هذا مع الإشارة إلى أن دراسة (معتز وصالح،١٩٩٥) كانت على ثلاث مجموعات عمرية، وكانت دالة لدى المجموعات العمرية الثلاثة،

وبالنسبة لنتائج دراسة (Ana, et al., 2002)، وهي الدراسة الوحيدة التي استطاع الباحث الحصول عليها والتي حسبت فيها الارتباطات المتبادلة بين أبعاد الغضب (٥) أبعاد- سوف يكتفي الباحث ببعدي الغضب: حالة وسمة- وأبعاد العدوان (٤) أبعاد والدرجة الكلية. فقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسة الحالية بالنسبة لبعد الغضب كسمة، فقد كانت جميع الارتباطات دالة عند مستوى (٠,٠١) بين الغضب كسمة وكل من: الغضب، والعدوان اللفظي والعدوان المادي والارتياب suspicion أو العدائية كما أسماه أغلب الباحثين المصريين والعرب.

أمـا بالنسـبة للغضب فقد اختلفت نـتائج الدراسـة مـع نـتائج الدراسـة الحالية من حيث أن الغضب كحالـة ارتبطت إيجابياً ببعدين فقط هما الغضب والعداوة فـي دراسـة (Ana, et al., 2002)، أمـا فـي الدراسـة الحالية فقد ارتبط الغضب كحالـة ارتباطا إيجابياً دالاً عند مستوى (٠,٠٠١) مع كل أبعاد العدوان، ولعل هذا الاختلاف يكون راجعاً إلي طبيعة العينة الأسبانية والعينة المصرية، وهو اختلاف ثقافي بالقطع، أضف إلى هذا أن المقياس المستخدم في الدراسة الحالية هو مقياس أعدتـه مؤلفته (آمال عبد السميع) ولم تقم بتقنين مقياس (بص- بيري) علـي العينة المصرية، وهذا ربما يفسر- من وجهة نظر الباحث- التباين بين نتائج الارتباطات الدالة وغير الدالة بين بعدي الغضب وأبعاد العدوان، كما أن البنود التي تمت صياغتها إنما اشتقت من واقـع البيئة المصرية وثقافتها. وغير ذلك لا يجد الباحث تفسيراً لهذا الاختلاف.

وتجدر الإشارة إلـى أن قيمة معاملات الارتباطات بين الغضب كسمة والغضب كحالة وأبعاد العدوان في دراسة (Ana, et al., 2002) كانت أقل من كل الارتباطات التـي حسبت فـي الدراسـة الحالـية بيـن بُعدي الغضب والعدوان.

ونفس الحال في دراسة (آمال عبد السميع، ٢٠٠٣)، كانت معاملات الارتباط دالة بين أبعاد العدوان وبعضها، ولكنها لم تصل لذات الدلالة من حيث ارتفاع قيمة معامل الارتباط بين أبعاد العدوان وبعضها البعض.

٢ - انخفضت معاملات الارتباط بين العدوان اللفظي والغضب كحالة، وكذلك بين العدوان اللفظي والغضب كحالة. وكذلك العدائية والغضب كحالة، وهي نتيجة منطقية أيضاً تتفق و طبيعة مفهوم الغضب كحالة.

إن الارتباطات الإيجابية بين أبعاد الغضب والعدوان وبعضها البعض تعد منطقية ـ من وجهة نظر الباحث ـ وذلك من حيث أن الغضب يرتبط بالعدوان في كل صوره، وفي تقدير الباحث ـ إن جاز له ـ أن العدوان لا يمكن أن يحدث فجأة، مهما كان الموقف المسبب للعدوان بأي صورة من صوره، فحتماً هناك غضب كامن أو صريح، وكلاهما سابق على أي شكل من أشكال العدوان. وحتى لو كان التعبير عن الغضب ظاهراً على الوجه ـ بسيطاً أو شديدا ـ فهو إن وجد المثير أو المُحرك له، تلاه العدوان، وحسب درجة الغضب يأتي العدوان، فالغضب البسيط إن تلاه عدوان سيكون بسيطاً أيضاً.

وجدير بالذكر الإشارة إلى أن الغضب أو العدوان يحكمه في العادة الموقف الذي فيه الفرد، وطبيعة أو صفة الشخص أو الشيء الموجه له الغضب أو العدوان، فغضب الأصدقاء مع بعضهم أو عدوانهم لا يكون أبداً كغضب الزوج مع زوجته أو عدوانه عليها أو العكس.

وغضب الوالدين أو عدوانهم على أولادهم، لا يكون أبداً حين يغضب الابن من والديه أو أحدهما، ولا ننكر أن هناك فروقاً فردية، فقد يتحمل الأب ـ مثلاً ـ غضب أبنه أو عدوانه ـ بينما يكون رد الفعل من الابن تجاه الأب أو الأم علي العكس من ذلك تماماً، وربما يخالف الدين والأعراف والقوانين. إذ كثيراً ما نرى ونسمع ونقرأ عن اعتداءات بدنية قد تصل للقتل من الابن ضد الوالدين أو أحدهما، وأياً كان هذا، فذاك ليس القاعدة.

إن العلاقة بين الغضب والعدوان لا انفصام بينها، ويرى الباحث ـ إن جاز له ـ أن هذا الأمر ينطبق أيضاً على العلاقة ـ على وجه الخصوص ـ بين العدوان اللفظي والمادي، فكما أن الغضب مكون من مكونات العدوان، وأساسي للسلوك العدواني، وهو أحد مقدماته، كذلك العدوان اللفظي أحد مقدمات العدوان البدني، فغالباً ما يحدث العدوان البدني إذا بدأ العدوان

اللفظي، وصار الأمر معه بالشكل الذي لا يمكن تحمله حدث العدوان البدني، وحسب درجة العدوان اللفظي يكون العدوان البدني علي الأرجح مساوياً له.

كذلك قد يحدث أن لا يلجأ الفرد للعدوان البدني برغم قدرته علي ذلك، ويستعوض عن ذلك، أو ينفث عن نفسه أو غضبه بالعدوان اللفظي كصورة سلبية من صور العدوان، وهنا يكون العدوان اللفظي بديلاً للعدوان البدني.

ونكرر الإشارة في النهاية إلى الصورة الإيجابية لكل من الغضب والعدوان. فالغضب ونظراً لأنه انفعال له وظيفته في حياة الإنسان، فإنه من المتوقع أن يُفضي إلى مشكلات نفسية واجتماعية، حين يستجيب الفرد الغاضب لمثير معين، بمستوى انفعالي أكبر من هذا المثير، أو حين تكون استجابته الانفعالية أقل بكثير من مستوى هذا المثير، فإذا توازت تلك الاستجابة، في قوتها، مع المثير الذي استدعاها، بحيث تبلغ حداً من الاعتدال والتوسط، فإنه يعد غضباً محموداً. (معتز سيد وصالح عبد الله،١٩٩٥).

كذلك من يمكنه أن يقول أن العدوان دفاعاً عن الذات أو الغير أو العِرض أو الأرض اعتداءا؟ بل كيف تستوي شخصية ما، قبلت العدوان بأي صورة من صوره في سكينة وخضوع؟

وبعد يمكن القول وفق ما تم عرضه من معاملات ارتباط دالة بالنسبة لجميع جوانب أبعاد الغضب وأبعاد العدوان، أنها تقيس سمة واحدة هي الغضب والعدوان. أو أن الأبعاد الأربعة المفترضة للعدوان تعبر عنه بصورة مناسبة، وأن بُعدا الغضب: الحالة السمة المفترضان للغضب يعبران عنه بصورة مناسبة.

نتائج الفرض الخامس:

نص الفرد الخامس على ما يلي:"يوجد تفاعل بين المتغيرات الديموجرافية في تأثيرهم المشترك على كل من الغضب كحالة والغضب كسمة".

بداية يجدر القول أنه لما كان من أهداف الدراسة فحص أثر المتغيرات الديموجرافية في متغيري الغضب كحالة وسمة، والتعرف على أثر التفاعل المشترك بينها، فقد تم حساب التباين، خاصة وأنه يقلل من خطأ رفض الفرض الصفري عندما يكون هذا الفرض صحيحاً في حقيقة الأمر. كما أنه يعرفنا ما إذا كانت الفروق بين المجموعات دالة لمتغير معين يلعب دوراً ما في كل مجموعة،وأن هذه الفروق ليست ناتجة عن الصدفة، كما أنه لا يتجاهل حقيقة أن العينات الفرعية قائمة في إطار عينة كبرى، وأن عناصر هذه المجموعات ربما تتفاعل فيما بينها، ويتعين أن نضع هذا التفاعل في الاعتبار عند تحليلنا للبيانات، وتحليل التباين هنا هو الأسلوب الذي لا يتجاهل هذا التفاعل، وحيث يتم فيه التعامل مع بيانات كل المجموعات مرة واحدة، وتخضع جميعها لفرض صفري عام عن عدم وجود فرق بين متوسطاتها.

(صفوت فرج،٣٥٧:١٩٩٦)

جدول رقم (٢٢) يوضح نتائج تحليل التباين ذي التصميم (٢×٢) لتفاعل المتغيرات الديموجرافية وتأثيرهم المشترك على كل من الغضب كحالة والغضب كسمة

بعدا الغضب	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط حجم المربعات	ف	الدلالة
الغضب كحالة	المستوى التعليمي	٢,٠٥٥	١	٢,٠٥٥	٠,٠٦٣	غير دال
	المستوى الاقتصادي	٧٥٢,٤٣٧	٢	٣٧٦,٢١٨	٦,٦٣٢	٠,٠١
	أ × ب	١٠٩٩,١١٥	٢	٥٤٩,٥٥٧	٩,٦٨٧	٠,٠١
الغضب كسمة	المستوى التعليمي (أ)	٢,٥٨٣	١	٢,٥٨٣	٠,٠٦٤	غير دال
	المستوى الاقتصادي (ب)	٨٦٠,٦٦٤	٢	٤٣٠,٣٣٢	١٠,٠٦٥٤	٠,٠١
	أ × ب	٧٧٤,٠٠٧	٢	٣٧٢,٠٠٤	٩,١٦٧	٠,٠١
الغضب كحالة	مراحل العمر (أ)	٤٩٧,٢٠١	٢	٢٤٨,٦٠١	٥,٢٣٦	٠,٠١
	النوع (ب)	٩٧٦١,٤٧٩	١	٩٧٦١,٤٧٩	٢٠٥,٦٠٣	٠,٠١
	أ × ب	١٠٦٠٩,٧٣٥	٢	٥٣٠٤,٨٦٧	١١١,٧٣٥	٠,٠١
الغضب كسمة	مراحل العمر (أ)	١٠٠٧,٣٦٦	٢	٥٠٣,٦٨٣	٢٠,٧١٧	٠,٠١
	النوع (ب)	٣٠٢,٠٨٩	١	٣٠٢,٠٨٩	١٢,٤٢٥	٠,٠١
	أ × ب	٧٠٤٤,٨٠٠	٢	٣٥٢٢,٤٠٠	١٤٤,٨٧٨	٠,٠١

من الجدول السابق نلاحظ ما يلي:

أولاً: بالنسبة للتفاعل الثنائي (المستوى التعليمي × المستوى الاقتصادي) نلاحظ ما يلي

١- بالنسبة لمتغير الغضب كحالة:

لم تكن قيمة (ف) جوهرية فيما يتعلق بالمستوى التعليمي (جامعي- بعد جامعي)، في حين توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) تبعاً للمستوى الاقتصادي (منخفض، متوسط، مرتفع)، ولكن حدث تفاعل ثنائي الاتجاه (المستوى التعليمي × المستوى الاقتصادي)، وكان التفاعل جوهرياً عند مستوى (٠,٠١).

٢- بالنسبة لمتغير الغضب كسمة:

لم تكن قيمة (ف) جوهرية فيما يتعلق بالمستوى التعليمي (جامعي- بعد جامعي)، في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠,٠١)، تبعاً للمستوى الاقتصادي (منخفض، متوسط، مرتفع)، ولكن حدث تفاعل ثنائي الاتجاه (المستوى التعليمي × المستوى الاقتصادي) وكان التفاعل جوهرياً.

مناقشة نتيجة الفرض الخامس بالنسبة للتفاعل الثنائي (المستوى التعليمي × المستوى الاقتصادي):

بينت النتائج عدم جوهرية قيمة (ف) فيما يتعلق بالمستوى التعليمي، بمعنى أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين عينات المستوى التعليمي المختلفة وفقا لنوع المستوى التعليمي (جامعي- بعد جامعي) في الغضب وبعديه، وبهذا لا توجد فروق مميزة ترجع إلى فئتي المستوى التعليمي في التأثير على الغضب ببعديه، وعليه فالغضب كحالة وسمة، يتميز به أفراد كل مستوى من مستويي التعليم، فالجميع يتميزون بالغضب بشكل عام، وهذه النتيجة تتوافق في جانب منها مع ما جاء بالفرض الثاني من حيث تقدم الغضب

ببعديه – كمتوسط - على العدوان بأبعاده، وقد فسرت النتيجة بأن التعليم ربما يكون وراء سيادة الغضب دون العدوان لدى أفراد العينة.

والنتيجة على النحو الذي تبين بالفرض الخامس، إنما جاءت مخالفة لما جاء بالدراسات السابقة، ومخالفة أيضاً للواقع، فالدراسات أكدت على أن السلوك الغاضب يقل في حالة التعليم الجيد، فدراسة (Ross and Van,1997)، أكدت على أن التعليم الجيد يقلل من انفعال الغضب، وفي الدراسة الحالية نجد أن أفراد العينة تعليمهم جيد ولا شك سواء بانخراطهم في سلك التعليم الجامعي، وهو آخر مراحل التعليم في مصر، وبعدها يكون تحديد المصير المهني، أو باستمرارهم فيما بعد بالتعليم بعد الجامعي (لمن له رغبة في المزيد) والتحاقهم بالدراسات العليا ممثلة في الدكتوراه والماجستير والدبلومة، وعليه فمن المستغرب إذن أن لا يكون للمستوى التعليمي تأثير على بُعدي الغضب: الحالة والسمة.

ووفقاً لما جاء بالدراسة من نتائج أخرى نجد ما يؤكد أن التعليم الجيد يقلل من اغتراب الفرد في العمل، ويُحسن العلاقة بينه وبين الغير، ويزيد من عمليات المساندة الاجتماعية بين الأفراد وبعضهم البعض، وبالمثل دراسة (Scott, 2006) أكدت على أن التعليم الجيد يزيد من دخل الأسرة، ويقلل من عدد أفرادها، (تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أنه كلما زاد عدد أفراد الأسرة، فإن ذلك يزيد درجة العدوان لديهم، ممدوحة سلامة، ١٩٩٠) وتكمن أهميته – التعليم - في أنه يجعل الفرد يُدرك الغضب علي نحو ملائم، فلا إفراط ولا تفريط، فالتعامل مع مواقف الغضب يكون بالشكل المناسب للموقف، والتعليم أيضاً يزيد من المرونة المعرفية للفرد، ويزيد من قدرته علي حل المشكلات، ويحسن الظروف الشخصية للمتعلمين وكذلك الاجتماعية، وكذلك الظروف التي تؤثر على كل العمليات المرتبطة بالغضب أو التي تسببه.

وفي دراسة (Scott, 2003) نجد أنه أشار إلى وجود تفاعل إيجابي بين العمر والتعليم، وكذلك أكدت نتائج دراسته على أن تكرار الغضب يرتبط سلباً عندما يكون التعليم أكثر انخفاضا، بمعني أن التعليم - وفقاً لمستوياته - يقلل من الغضب كلما كان حظ الفرد منه مرتفعاً، ويزيد منه كلما كان حظ الفرد من التعليم منخفضاً.

أما من ناحية تأثير الحالة الاقتصادية على بُعدا الغضب، نجد أن نتائج الدراسة الحالية تتفق في بعض جوانبها الذي يرى بعضها أن المستوى الاقتصادي يؤثر على الحالة الانفعالية للأفراد والمتمثلة في الغضب وما يرتبط به من متغيرات، وتختلف في بعض جوانبها الذي يرى عكس ذلك من نتائج، وقد جاء التعقيب على هذا في الجزء الخاص بنتائج الفرض الثاني حتى لا نكرر القول في هذا الجانب.

وما يهم الباحث الإشارة إليه في هذا الصدد ولا يتطابق مع هذه النتيجة- من وجهة نظره- ما جاء بنتائج الفرض الثاني، فالغضب كحالة وكسمة تقدما- في الترتيب- كمتغيرات على متغيرات الدراسة الأخرى وهي: العدوان اللفظي، والعدوان المادي، والعدائية، وجاء ترتيبهما- باختلاف ضئيل- على نفس القدر سواء لدى أصحاب المستوى الإقتصادي المنخفض أو المتوسط أو المرتفع، وبما يعني- كما سبق وتقدم- أن اختلاف فئات المستويات الاقتصادية الثلاث لا يؤثر بشكل بارز على الحالة الوجدانية والانفعالية المتمثلة في بعدي الغضب الحالة والسمة.

ولكن هناك ما لا يجب أن يُغفل تفسيره، برغم ما تقدم ولا يتنافى مع ما جاء من نتائجها وما تقدم من تفسير أو تعليق على نتيجة هذا الفرض أو ما سبقه من نتائج.

فالتفاعل بين المستوى التعليمي والاقتصادي كان جوهرياً ودالاً عند مستوى (٠,٠١)، بما قد يشير - من وجهة نظر الباحث - أن الحالة الاقتصادية عندما تتفاعل مع التعليم فلابد أن يكون هناك تأثير دال- فالظروف الاقتصادية هي التي تسهم في بناء التعليم وجودته عندما تكون عاملاً مساعداً، وهي التي تأخذ بالتعليم نحو التخلف وسوء التعليم.

ولسنا بصدد التأكيد على ما سبق من أهمية التعليم الجيد كما تبين من نتائج الدراسات السابقة، لكن واقع الخبرة الحياتية والاجتماعية والعلمية يؤكد على أن الرقي العلمي لا يكون إلا إذا رافقه مستوى اقتصادي معين، لا نقول المرتفع أو الذي ينبغي أن يصل إلى درجة معينة من الارتفاع، ولكن نقول بالقدر الذي يمكّن الإنسان من أن يحقق ما يصبو إليه من تقدم علمي.

ولا يغيب عن الأذهان في واقعنا المصري- العربي أن الكثير من الأسر تسرب أولادها من التعليم، لا لأنهم يرغبون في هذا، ولكن لضيق ذات اليد، وضعف الموارد الاقتصادية، وهذا جعلهم يفكرون أولاً كيف يسدون رمقهم، كيف يحوزون قوت يومهم، لا كيف يتعلم أبناؤهم.

وقديماً كان التعليم قاصراً على أبناء الذوات – كما كانوا يُسمون آنذاك - أو القادرين على تعليم أبنائهم.، ولا نقصد بهذا القول التعميم العام، لكنه واقع عشناه وغلف حياتنا بالظلام والجهل، وصرنا كمجتمع ندفع ثمنه حالياً بتأخرنا في ركب الأمم المتقدمة علمياً.

ونختم القول في هذا الصدد بأن معنى وجود تأثير دال للمستوى الاقتصادي، أن هذا يؤكد استقلاله في تحديد الفروق بين المجموعات في بُعد الغضب كحالة والغضب كسمة. أما بالنسبة لعدم وجود تأثير دال للمستوى التعليمي، فربما يكمن خلفه أن الفروق بين المجموعات دالة لمتغير معين لعب دوراً ما في كل مجموعة، وأن هذه الفروق ليست ناتجة عن الصدفة -

وهذا ما أبرزه تحليل التباين كما سبق وتقدم- ولا نأمل سوى أن نحاول في دراسة تالية الكشف عن هذا، خصوصا وأن نتائج قيمة (ت) لم تبرزه ، وتلك أهمية وفائدة تحليل التباين.

ونظراً لوجود تأثير دال حسب المستويات الاقتصادية (منخفض- متوسط- مرتفع)، فقد قام الباحث باستخدام تحليل التباين لاختبار الفرق بين أكثر من متوسطين، والهدف من هذا توضيح اتجاه دلالة الفروق بين المجموعات الفرعية سواء أكان ذلك بالنسبة للمستوى الاقتصادي المنخفض أم المتوسط أم المرتفع.

وفيما يلي عرض للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمستويات الاقتصادية، ثم عرض لنتائج تحليل التباين وقيمة (ف) ومستوي دلالتها.

جدول رقم (٢٣) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب المستويات الاقتصادية على متغيري الغضب كحالة وكسمة

المستوي / المتغير	مستوى اقتصادي منخفض (ن = ١٦٧)		مستوى اقتصادي متوسط (ن =٢٥٤)		مستوى اقتصادي مرتفع (ن =١٢٠)	
	م (١)	ع (١)	م (٢)	ع (٢)	م (٣)	ع (٣)
الغضب كحالة	٤٢,٦	٨,٤٥	٣٣,٠١	٨,٥٤	٣١,٩	١,٤١
الغضب كسمة	٣٨,٤٠	٦,٦٢	٣٨,١٥	٦,٩٢	٣٤,٢٦	٤,٧٨

جدول (٢٤) يوضح تحليل التباين وقيم (ف)ودلالتها حسب المستوى الاقتصادي

بعدا الغضب	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط حجم المربعات	ف	الدلالة
الغضب كحالة	بين المجموعات	٤٣٨٤,٧٦٠	٢	٢١٩٢,٣٨٠	٤٠,٢١٥	٠,٠١
	داخل المجموعات	٢٩٣٨٤,٧٢٨	٥٣٩	٥٤,٥١٧		
	المجموع	٣٣٧٦٩,٤٨٨	٥٤١			
الغضب كسمة	بين المجموعات	٩٣٨,٨١٥	٢	٤٦٩,٤٠٧	١٠,٩٤٨	٠,٠١
	داخل المجموعات	٢٣١١١,٥٠١	٥٣٩	٤٢,٨٧٨		
	المجموع	٢٤٠٥٠,٣١٦	٥٤١			

ومن خلال ما سبق عرضه بجدولي (٢٣)، و (٢٤)، نجد أن قيمتي (ف) كانتا دالتين عند مستوى (٠,٠١) علي متغيري الغضب كحالة وكسمة، وهو ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الاقتصادية المختلفة.

ولمعرفة دلالة الفرق واتجاهه، قام الباحث بحساب دلالة الفروق بين كل مجموعتين، وهي خطوة تالية لحساب نسبة (ف) ورفض الفرض الصفري، وذلك من خلال قيمة (ت)، ثم حساب قيمة (ف)، على أساس أن الصلة بين الاختبارين وثيقة إلى درجة أنه يمكن حساب أحدهم من قيمة الآخر في ضوء الخصائص الرياضية لهما،إذ من المعروف أن (ت) الدالة = الجذر التربيعي لقيمة (ف)، وبالتالي، فإن (ف) الدالة إحصائياً تساوي مربع (ت). (صفوت فرج،٣٦٩:١٩٩٦ ؛ فؤاد أبو حطب وآمال صادق، ١٩٩١: ٤١٨).

فيما يلي عرض لتلك النتائج:

جدول رقم (٢٥) يوضح دلالة الفروق
واتجاهها وفقا للمستويات الاقتصادية

الفرق / المتغير	م١-م٢ قيمة "ت" ودلالاتها	قيمة "ف" ودلالاتها	م٢-م٣ قيمة "ت" ودلالاتها	قيمة " ف" ودلالاتها	م١-م٣ قيمة "ت" ودلالاتها	قيمة"ف" ودلالاتها
الغضب كحالة	١١,٢٩ (٠,٠١)	١٢٧,٤٦ (٠,٠١)	١,٤١ (غير دال)	١,٩٩ (غير دال)	١٣,٦٩ (٠,٠١)	١٨٧,٤٢ (٠,٠١)
الغضب كسمة	٠,٣٧ (غير دال)	٠,١٤ (غير دال)	٥,٥٥ (٠,٠١)	٣٠,٨٠ (٠,٠١)	٥,٨٢ (٠,٠١)	٣٣,٨٧ (٠,٠١)

بالنظر في الجدول السابق، والجدول (٢٣) الخاص بالمتوسطات الحسابية، نجد أن أصحاب المستويات الاقتصادية المنخفضة، هم أكثر الفئات تأثيراً. وذلك بعد التعرف إلى أن المستوى المنخفض كان له متوسط لدى كل من الغضب كحالة وكسمة ككل، قيمته أعلى مما أتى به المستوى الاقتصادي

المتوسط والمرتفع لدى حالتي الغضب، وقد تلاه المستوى الاقتصادي المتوسط ثم المرتفع، وذلك بعد حساب قيمتي (ت) و(ف) بين متوسطات المجموعات الثلاث.

وبعد نذكر أن نتيجة تحليل التباين تلك تؤكد تطابق التفسير- إن جاز للباحث القول- وتؤكد تأثير المستويات الاقتصادية حيث يوجد اختلاف بين فئات المستويات الاقتصادية حول الغضب كحالة وكسمة. كما يود الباحث الإشارة إلى أن نتيجة هذا الجزء من الفرض تُعد جديدة في مجال البحث السيكولوجي، حيث أكدت كل الدراسات على وجود تأثير وتأثر بشكل عام بين التعليم وانخفاض الغضب، وهذا لم يتحقق في هذه الدراسة. وهو ما يأمل الباحث مناقشته في دراسة تالية.

ثانياً: بالنسبة للتفاعل الثنائي (مراحل العمر × النوع) نلاحظ ما يلي:

أ- بالنسبة لمتغير الغضب كحالة:

توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) تبعاً لمراحل العمر (أقل من ٢٠عام، من ٢٠-٢٥ عام، أكثر من ٢٥ عام)، كما توجد ذات الدلالة الإحصائية تبعاً للنوع (ذكور وإناث)، كما يوجد تفاعل ثنائي الاتجاه (مراحل العمر × النوع) وكان التفاعل جوهرياً عند مستوى (٠,٠١).

ب- بالنسبة لمتغير الغضب كسمة:

توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية (جدول ٢٢) عند مستوى (٠,٠١) تبعاً لمراحل العمر- السابق ذكرها، وتبعاً للنوع، كما يوجد تفاعل ثنائي الاتجاه (مراحل العمر × النوع)، وكان التفاعل جوهريا عند مستوى (٠,٠١).

مناقشة نتيجة الفرض الخامس بالنسبة للتفاعل الثنائي (مراحل العمر × النوع):

أثرت كل من مراحل العمر والجنس على متغيري الغضب كحالة والغضب كسمة، وكان التأثير جوهرياً ودالاً عند مستوى (٠,٠١)، فبالنسبة لمراحل العمر نجد أن هذه النتيجة قد تطابقت مع نتيجة الفرض الأول- الذي تحقق بشكل نسبي، من حيث تباين الغضب ببعديه بتباين المراحل العمرية، وأنه إن كان كذلك، فالأمر لا يسري بالنسبة لتباينه على مستوي الجنس، فالغضب- كما سبق وتقدم -سائد ثابت لدى الذكور إلى حد كبير عبر مراحل العمر، ولكنه ليس على نفس المنحى بالنسبة للإناث.

وبالنسبة للنوع (الذكور والإناث)، فالنتيجة التي تحققت بهذا الشق من النتائج تحتاج إلي تفسير، فالفروق بين الجنسين (قيمة ت) بينت أن الفرق دال بين الجنسين في الغضب كحالة، وأنه كان لصالح الإناث، ولم يكن الفرق دال بينهما في الغضب كسمة، وإن كان المتوسط الحسابي أقل قليلاً لدى الذكور مقارنة بالإناث، وبشكل عام، فإن أغلب الدراسات أكدت على أن الذكور أكثر عدواناً من الإناث، ولكنها لم تؤكد على شيوع الغضب كحالة أو سمة لدى الذكور- كما سبق وتقدم- مقارنة بالإناث.

والنتيجة كما جاءت ليس فيها جديد يضاف لهذا البحث، بعد ما سبق وتقدم، وهذا ما جعل الباحث يقوم- أيضاً- بحساب المتوسطات*الحسابية والانحرافات المعيارية، وفقاً لمراحل العمر على بُعدي الغضب كحالة وسمة، وفيما يلي عرض لها:

جدول رقم (٢٦) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وفقاً لمراحل العمر على بعدي الغضب كحالة وسمة

المرحلة العمرية / البعد	أقل من ٢٠ عام (ن = ٢٣٢)		من ٢٠ ـ ٢٥ عام (ن = ٢٢٤)		أكثر من ٢٥ عام (ن = ١٥٨)	
	م	ع	م	ع	م	ع
الغضب كحالة	٣٧,٢	١١,٥	٣٣,٧٠	٧,٣٢	٣٣,٣٣	٩,٤٨
الغضب كسمة	٤١,٥	٦,٦٦	٣٦,٣	٦,٦٨	٣٣,٠٥	٢,٤٦

والنتائج كما جاءت بالجدول السابق، توضح جلياً أن متوسط المرحلة العمرية الأول (أقل من ٢٠ عام) هي أعلى المتوسطات بالنسبة لمتغير الغضب كحالة، ونفس الحال في متوسط ذات المرحلة الأولى (أقل من ٢١ عام) هي أعلى المتوسطات بالنسبة لمتغير الغضب كسمة، وبشكل عام فإن هذه المرحلة العمرية هي أكثر المراحل العمرية تأثراً بحالتي الغضب كحالة وكسمة، ولما لا فهي مرحلة انتقالية من نهاية مرحلة المراهقة المتأخرة، وما يعتريها من تقلبات وجدانية وعدم ثبات انفعالي، وهي أيضاً بداية مرحلة الشباب، وما فيها من انطلاقات- ورغبة في الخروج من شرانق الوالدين وسيطرتهما- من وجهة نظر الأبناء- والدخول في عالم جديد عليهم هو عالم الجامعة وما فيه من تهيب وترقب وغير ذلك.

وقد تلى هذا على الترتيب المرحلة الثانية ثم الثالثة، والأمر في مجمله يعني أن مراحل العمر لها تأثير مشترك علي الغضب كحالة وكسمة، وأن هذا التأثير يكون أشد أثراً في المرحلة العمرية الأصغر وهي نتيجة تتوافق كثيراً مع ما جاء من نتائج الدراسات السابقة والتي سبق الحديث عنها من قبل.

وحتى نتحقق مما سبق على نحو إحصائي دال ومعبر عما سبق، قام الباحث بتحليل التباين لحساب الفروق بحساب قيمة (ف)، والجدول التالي يوضح ما سبق علي نحو سافر.

جدول رقم (٢٧) يوضح تحليل التباين وقيم (ف) ودلالتها حسب مراحل العمر

بعدا الغضب	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط حجم المربعات	ف	الدلالة
الغضب كحالة	بين المجموعات	٧٥٧,٤٢١	٢	٣٧٨,٧١١	٦,٠٤٣	٠,٠١
	داخل المجموعات	٣٨٤٠٩,٥٧٠	٦١٢	٦٢,٧٦١		
	المجموع	٣٩١٦٦,٩٩١	٦١٤			
الغضب سمة	بين المجموعات	٤٨٠١,٩١٤	٢	٢٤٠٠,٩٥٧	٦٦,٩٣٩	٠,٠١
	داخل المجموعات	٢١٩٥١,٣٨٤	٦١٢	٣٥,٨٦٨٠		
	المجموع	٢٦٧٥٣,٢٩٨	٦١٢			

ولمعرفة دلالة الفروق واتجاهها، قام الباحث بحساب دلالة الفروق بين كل المجموعات كما يلي:

جدول رقم (٢٨) يوضح دلالة الفروق
واتجاهها وفقا للمراحل العمرية

الفرق / المتغير	م١-م٢ قيمة "ت" ودلالاتها	قيمة "ف" ودلالاتها	م٢-م٣ قيمة "ت" ودلالاتها	قيمة " ف" ودلالاتها	م١-م٣ قيمة "ت" ودلالاتها	قيمة "ف" ودلالاتها
الغضب كحالة	٣,٨٥ (٠,٠١)	١٤,٨٢ (٠,٠١)	٠,٤٣ (غير دال)	٠,١٨ (غير دال)	٣,٩٤ (٠,٠١)	١٢,١٨ (٠,٠١.)
الغضب كسمة	٨,٣٠ (٠,٠١)	٦٨,٨٩ (٠,٠١)	٥,٨٢ (٠,٠١)	٣٣,٨٧ (٠,٠١)	١٥,٢٢ (٠,٠١)	٢٣١,٦٥ (٠,٠١)

والنتيجة كما جاءت بجدولي (٢٧،٢٨)، تؤكد أن أصحاب المرحلة العمرية الأولى هم أكثر الفئات تأثيراً. وذلك بعد التعرف إلى أن المرحلة العمرية الأولى كان لها متوسط لدى كل من الغضب كحالة وكسمة ككل، قيمته أعلى مما أتت به المراحل العمرية الثانية والثالثة لدى حالتي الغضب، وقد تلاها المرحلة العمرية الثانية، ثم الثالثة، وذلك بعد حساب قيمتي (ت) و(ف) بين متوسطات المجموعات الثلاث.

بقيت الإشارة إلى أن التفاعل بين (المراحل العمرية × النوع) كان له تأثير جوهري دال عند مستوي (٠,٠١) وهذا منطقي، ونتيجة طبيعية تتسق ونتائج البحث بشكل عام، وبالشكل الذي يبين أن الفرض قد تحقق بشكل كبير.

نتيجة الفرض السادس:

نص الفرض السادس على ما يلي:

"يختلف التركيب العاملي لمتغيرات الدراسة باختلاف الجنس: الذكور والإناث.

أولاً: بالنسبة لعينة الذكور:

أسفر التحليل العاملي عن استخراج عاملين هما: عامل عام، وعامل العدوانية، وفيما يلي عرض للتشبعات العاملية الدالة:

العامل الأول: عامل عام

استوعب هذا العامل (٢٤,٠٣) من نسبة التباين الكلي، وتشبعت عليه (٥) أبعاد هي حسب الترتيب كما يلي:-

جدول رقم (٢٩) يوضح التشبعات الدالة للعامل الأول لعينة الذكور

رقم البعد	البعد	التشبع
٢	الغضب كسمة	٠,٨٩٢
٣	العدوان المادي	٠,٧٥٥
١	الغضب كحالة	٠,٧٢٧
٤	العدوان اللفظي	٠,٥٧٣
٥	العدائية	٠,٥١٤

* ترتيب الأبعاد علي التوالي كما يلي: (١) الغضب كحالة، (٢) الغضب كسمة، (٣) العدوان البدني، (٤)العدوان اللفظي، (٥) العدائية.

العامل الثاني: عامل العدوانية:

استوعب هذا العامل (٨,٩٠) من نسبة التباين الكلي، وتشبع عليه (٣) أبعاد هي حسب الترتيب كما يلي:

جدول رقم (٣٠) يوضح التشبعات الدالة للعامل الثاني لعينة الذكور

رقم البعد	البعد	التشبع
٤	العدوان اللفظي	٠,٦٦٣
٥	العدائية	٠,٦٠٠
٣	العدوان المادي	٠,٣٦٥

ثانياً: بالنسبة لعينة الإناث:

أسفر التحليل العاملي عن استخراج عاملين هما: عامل الغضب وعامل العدوان اللفظي والعدائية، وفيما يلي عرض للتشبعات العاملية الدالة.

العامل الأول: عامل الغضب:

أستوعب هذا العامل (١٥,٢٥%) من نسب التباين الكلي، وقد تشبع عليه (٣) أبعاد هي على الترتيب كما يلي:

جدول رقم (٣١) يوضح التشبعات الدالة للعامل الأول لعينة الإناث

رقم البعد	البعد	التشبع
١	الغضب كحالة	٠,٩٢٧ -
٢	الغضب كسمة	٠,٥٩١ -
٥	العدائية	٠,٥٦٧ -

العامل الثاني: عامل العدوان اللفظي والعدائية

استوعب هذا العامل (١٥,٢٠%) من نسبة التباين الكلي وقد تشبع عليه (٣) أبعاد هي على الترتيب كما يلي:

جدول رقم (٣٢) يوضح التشبعات الدالة للعامل الثاني لعينة الإناث

رقم البعد	البعد	التشبع
٤	العدوان اللفظي	٠,٩٥٩
٥	العدائية	٠,٧٢٢
١	الغضب كحالة	٠,٦٨١

مناقشة نتيجة الفرض السادس :

بمراجعة مسميات العوامل بالنسبة لعينة الذكور وعينة الإناث، نجد أنه لم يظهر اتساق بين العوامل المستخلصة لدى كلاً من الجنسين. وهذا يعني أن الفرق قد تحقق كلية.

وبعيداً عن جملة المسميات للعوامل، والتي تحتوى داخلها العامل أو يُكنى بها، نلاحظ في متغيرات مُسمي العوامل لدى العينتين اختلاف أو تشابه في بعض المتغيرات المتشبعة على كليهما من حيث الترتيب، ويتضح ذلك فيما يلي:-

١- بُعد العدائية كان أكثر العوامل استقرارا، حيث ظهر لدى الجنسين في العوامل الأربع المستخرجة.

٢- العدوان اللفظي كان ترتيبه الرابع بالنسبة للتشبعات الجوهرية لدى عينة الذكور بالنسبة للعامل الأول،كما ظهر في الترتيب الأول أيضاً للعامل الأول لعينة الذكور، وقد تكرر ظهوره لدى الإناث في الترتيب الأول في العامل الثاني.

٣- العدوان المادي لم يظهر كتشبع جوهري دال إلا لدى عينة الذكور وكان ذلك في الترتيب الثاني للعامل الأول، والثالث للعامل الثاني.

٤- لم يظهر أي بعد من الأبعاد الخمسة بصورة نقية، ولعل السبب في هذا- من وجهة نظر الباحث- أن المعالجات الإحصائية لم تتضمن تحليل عاملي لارتباطات البنود، بل للمتغيرات أو الأبعاد موضوع الدراسة. وهذا بالقطع أدى إلى عدم ظهور عوامل نقية خاصة ببعدي الغضب والعدوان.

٥- تجمعت متغيرات العدوان اللفظي والعدائية كمجموعة من العوامل المتمايزة التي ظهرت لدى الإناث (العامل الثاني). وهنا نشير إلي أن الدراسات السابقة وما أسفرت عنه نتائج البحث بشكل عام، تشير إلى أن هذا السلوك إن ظهر في مراحل العمر المتباينة، إلا أنه يتقلص في مراحل عمرية تالية، خصوصاً في الكبر أو الشيخوخة، ولكن هذا لا يعني أن من يُظهرون العدوان في مراحل عمرية معينة، سوف يكشفون عنها أو يكفون في مراحل تالية من العمر.

٦- يمكن القول- إن جاز للباحث- أن هناك مجال عام للغضب ينتظمه بُعدا الغضب: كحالة وسمة، كما أن هناك مجال عام للعدوان تنتظمه أبعاد العدوان الثلاث (العدوان المادي، العدوان اللفظي، و العدائية).

٧- العامل العام للعدوان وهو العامل الأول لدي عينة الذكور، تشير مضامين متغيراته أو أبعاده إلى انتظامها في صور مختلفة من السلوك الغاضب و السلوك العدواني: الغضب (حالة وسمة) العدوان (مادي ولفظي وعدائي)، وإذا حللنا ما تتضمنه هذه الأبعاد سنجد أنها تتضمن العدوان: اللفظي والمادي والبدني، والعدوان الصريح والضمني، والعدوان المباشر وغير المباشر، والعدوان السلبي والناشط، وعدوان على الذات

والآخرين، والغضب في صوره المتعددة باعتباره مكوناً أساسياً من مكونات السلوك العدواني، وهو أحد الصور التي تدفع إلي العدوان، وهو البوابة الأولي له، خصوصاً في حالات الإحباط. ومن ثم يمكن تفسير هذا العامل- وفقاً لما تقدم- بأنه (عامل عام للعدوان).

٨- الذكور علي وجه الخصوص كانت أكثر التشبعات الجوهرية الدالة لديهم متمثلة في أبعاد العدوان الثلاثة، وكذلك في مسميات العوامل، وهي العامل العام للعدوان وعامل العدوانية. وكذلك تصدر الغضب كسمة أبعاد العدوان العام لديهم. وهذه النتيجة تتفق مع معظم الدراسات السابقة والنتيجة الحالية، والتي تفيد أن الذكور جملة هم الأكثر عدواناً خصوصاً في العدوان المادي والعدوان البدني.

٩- أما الإناث، فقد كانت أكثر التشبعات الجوهرية لديهم ممثلة في أبعاد الغضب كحالة وكسمة، وكذلك مسمى العامل الأول لديهم (عامل الغضب)، وهناك أيضاً العدائية، وهي في مضمونها عدائية كامنة يُعبر عنها بصور ضمنية وغير صريحة أو صريحة ولكن دون مهاجمة أو تحطيم، كما في العدوان المباشر- الذي يتصف به الذكور غالباً- وكذلك العدوان اللفظي والذي يبعُد عن الإيذاء أو الضرر المباشر ويكتفي بأساليب منها التهكم والسخرية وجرح مشاعر الغير، وهي سمات في الأعم والأغلب تغلف طبيعة الإناث، وتتفق مع ما جاء بالنتائج الحالية والدراسات السابقة، وإن كان هذا لا يمنع من القول بأن هناك من الدراسات والنتائج من أكد على أن الذكور أحياناً يتفوقون على الإناث في العدوان اللفظي، وغيره من صور العدوان الأخرى التي التصقت بالإناث.

وبعد فإن التحليل العاملي قد مكننا من استخراج عاملين لكل جنس حددت لنا قوام الظاهرة السلوكية التي اتجه إليها هذا الفرض بالبحث للتعرف إلى التركيب العاملي لدى الجنسين.

ويبقى أن هناك تساؤلات لم نتمكن من الإجابة عليها في إطار الدراسة الحالية، أو التي أثارتها تحتاج إلى تفسير لها فيما يلي من دراسات، خصوصاً وأن الدراسة الحالية، قد أنارت من الرؤى خصوصاً ما يتعلق بموضوع العدوان ذاته، ففي جوانب هذه الظاهرة- العدوان- العديد من الموضوعات والتساؤلات التي يرى الباحث أنها جديرة بالبحث، والتي يأمل الباحث التطرق إليها هو أو غيره من الباحثين في ميدان علم النفس علي وجه الخصوص، والعلوم الاجتماعية الأخرى علي وجه العموم. وأهم هذه التساؤلات:

أ- دراسة العلاقة بين أبعاد العدوان أو الغضب وصور التعبير عنه، أو كليهما ببعض أبعاد متغيرات علم النفس الإيجابي، كالأمل والتفاؤل والرضا عن الحياة، سعياً نحو الكشف عن الجانب الخفي في إمكانية وجود علاقة بين جوانب العدوان والغضب وجوانب الأمل والسعادة والتفاؤل وغيرها.

ب- التعرف إلى السمات الشخصية التي يمكن أن تسهم في ارتقاء سلوك العدوان والغضب وصور التعبير عنه.

ج- دراسة الفروق في أبعاد العدوان والغضب وصور التعبير عنه لدى عينات مرضية وذات احتياجات خاصة.

د- بحث الفروق في أبعاد العدوان لدى الأطفال والمراهقين والراشدين وكبار السن من الذكور والإناث.

ه- التعرف إلى العلاقة بين العدوان والغضب وصور التعبير عنه وأساليب التنشئة الاجتماعية داخل الأسرة أو في المدرسة.

و- بحث علاقة العدوان والغضب وصور التعبير عنه بالتنشئة الدينية، خصوصاً في حالة التعصب الديني وجمود الفكر أو أحاديته.

ز- دراسة الفروق في أبعاد الغضب وصور التعبير عنه، والعدوان بين الأبناء والآباء.

ح- دراسة الفروق في أبعاد العدوان الغضب وصور التعبير عنه بين المتعلمين وغير المتعلمين.

ط- الكشف عن مدى تأثير الأحوال الاقتصادية بمستوياتها الثلاثة على الخصائص الانفعالية والوجدانية والنفسية لدى كل من الجنسين.

ي- دراسة التفاعل بين التعليم والغضب عبر مراحل عمرية تمتد من الطفولة وحتى الشيخوخة لدى المصريين.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

١- أحمد زايد (٢٠٠٦). سيكولوجية العلاقات بين الجماعات: قضايا في الهوية الاجتماعية وتصنيف الذات،الكويت: عالم المعرفة،العدد (٣٢٦).

٢- أديب الخالدي (٢٠٠٢). المرجع في الصحة النفسية، ليبيا: الدار العربية للنشر والتوزيع.

٣- أسعد رزوق (١٩٧٩). موسوعة علم النفس، ط (٢)،بيروت المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

٤- أمال عبد السميع مليجي طه باظه (٢٠٠٣). كراسة تعليمات مقياس السلوك العدواني، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٥- السيد محمد خيري (١٩٧٠) الإحصاء في البحوث النفسية والتربوية، ط (٤)، القاهرة: دار النهضة العربية.

٦- بدر محمد الأنصاري (٢٠٠٠). السمات الانفعالية لدي الشباب الكويتي من الجنسين، الكويت: مجلة العلوم الاجتماعية،٢٨(٢): ١٢١ – ١٥١.

٧- جابر عبد الحميد و علاء الدين كفافي (١٩٨٨). معجم علم النفس والتحليل النفسي، ج (١)، القاهرة: دار النهضة العربية.

٨- جابر عبد الحميد و علاء الدين كفافي (١٩٩٠). معجم علم النفس والتحليل النفسي، ج (٣)، القاهرة: دار النهضة العربية.

٩- جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٩١). معجم علم النفس والطب النفسي، ج (٤)، القاهرة: دار النهضة العربية.

١٠- جان لا بلاش وج. ب. بونتاليس (١٩٨٥). معجم مصطلحات التحليل النفسي،بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

١١- جميل صليبا (١٩٨٤). علم النفس، ط (٣)، بيروت: دار الكتاب اللبناني.

١٢- حسن مصطفي عبد المعطى (٢٠٠١). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة: الأسباب- التشخيص- العلاج، القاهرة: دار القاهرة للطباعة والنشر.

١٣- حسين فايد (٢٠٠٤"أ")- العدوان و الاكتئاب في العصر الحديث: نظرة تكاملية، الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

١٤- حسين فايد (٢٠٠٤"ب"). علم النفس المرضي "السيكوباثولوجي"، القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

١٥- حسين فايد (٢٠٠٥).المشكلات النفسية الاجتماعية: رؤية تفسيرية، القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

١٦- حلمي المليجي (١٩٨٣). علم النفس المعاصر، ط (٥)، الإسكندرية: دار المعرفية الجامعية.

١٧- رشاد علي عبد العزيز موسى (١٩٩٣). علم النفس المرضي: دراسات في علم النفس، القاهرة: دار عالم المعرفة.

١٨- رشاد علي عبد العزيز موسى (١٩٩٨). سيكولوجية الفروق بين الجنسين، ط (٢)، القاهرة: مؤسسة المختار للنشر والتوزيع.

١٩- رشاد علي عبد العزيز موسي (٢٠٠١) معجم الصحة النفسية المعاصر، القاهرة: الفاروق الحديثة للطباعة والنشر.

٢٠- سدني م. جورارد (١٩٧٣). الشخصية بين الصحة والمرض: التكيف الشخصي، ترجمة: حسن الفقي وسيد خيرا لله، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٢١- سعد المغربي (١٩٩٣). الإنسان وقضاياه النفسية والاجتماعية، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٢٢- سمير عبده (١٩٨٦). تحليل مائة حالة نفسية، ط (٢)، بيروت: دار الآفاق الجديدة.

٢٣- صالح بن على أبو عراد (٢٠٠٥) من صور الإعجاز التربوي، الوصية النبوية: لا تغضب. www.saaid.net/doat/arrad/10.doc

٢٤- صفوت فرج (١٩٩٦). الإحصاء في علم النفس، ط (٣)، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.

٢٥- طريف شوقي (١٩٩٤). السلوك العدواني، في: زين العابدين درويش (محرر)، علم النفس الاجتماعي: أسسه وتطبيقاته، القاهرة: مركز النشر لجامعة القاهرة: ٢٢٧ – ٣٤٧.

٢٦- عبد الفتاح القرشي (١٩٩٧). تقدير الثبات والصدق للصورة العربية لقائمة حالة وسمة الغضب والتعبير عنه لسبيلبرجر، القاهرة: مجلة علم النفس، العدد (٤٣)، ٧٤ – ٨٨.

٢٧- عبد المجيد سيد أحمد منصور و زكريا أحمد الشربيني (٢٠٠٣). سلوك الإنسان بين الجريمة – العدوان – الإرهاب. القاهرة: دار الفكر العربي.

٢٨- عبد المنعم الحفني (١٩٩٤). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط (٤)، القاهرة: مكتبة مدبولي.

٢٩- عبد المنعم الحفني (١٩٩٩). موسوعة الطب النفسي. الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها، ط (٢)، المجلد (٢)، القاهرة: مكتبة مدبولى.

٣٠- عثمان محمود الخضر (٢٠٠٤). الغضب وعلاقته ببعض متغيرات الصحة النفسية، الكويت، مجلة العلوم الاجتماعية،٣٢(١)،٦٩- ١٠٢.

٣١- عزت الطويل (١٩٩٥) معالم علم النفس المعاصر، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٣٢- علاء الدين كفافي ومايسة النيال (١٩٩٧). الغضب في علاقته ببعض متغيرات الشخصية: دراسة لدى شرائح عمرية مختلفة في المجتمعين المصري والقطري، القاهرة: مجلة الإرشاد النفسي،العدد (٦)، ١٠٧ ـ ٢١٧.

٣٣- علي عبد السلام علي (٢٠٠١). السلوك التوكيدي والمهارات الاجتماعية وعلاقتهما بالسلوك الانفعالي للغضب بين العاملين والعاملات، القاهرة: مجلة علم النفس، العدد (٥٧)، ٥٠-٦٩.

٣٤- غطاس إبراهيم النعيمي (٢٠٠٦). الإعجاز العلمي في النهي عن الغضب.

www.Jameataleman.org/agas/tasher/tasher24.htm

٣٥- فرانك ج. برونو (١٩٩٣). الأعراض النفسية، ترجمة: رزق سند إبراهيم، القاهرة: دار الحكيم للطباعة والنشر.

٣٦- فرج عبد القادر طه (١٩٩٣). مصطلح غضب في: فرج عبد القادر طه. موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة: دار سعاد الصباح.

٣٧- فريح عويد العنزي (٢٠٠٤). العدوانية وعلاقتها ببعض سمات الشخصية في مرحلة المراهقة، الكويت: المجلة التربوية، ١٩(٧٣): ١١-٥٨.

٣٨- فؤاد أبو حطب وأمال صادق (١٩٩١). مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٣٩- فؤاد البهي السيد (١٩٧٩). علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، ط (٣)، القاهرة: دار الفكر العربي.

٤٠- فؤاد على العاجز (٢٠٠٢). العوامل المؤدية إلى تفشي العنف لدي طلبة المرحلة الثانوية في مدارس محافظات غزة، مجلة الجامعة الإسلامية، ١٠(٢)، ١ – ٤٤.

٤١- كمال إبراهيم موسى (١٩٨٥). سيكولوجية العدوان، الكويت: مجلة العلوم الاجتماعية، ٢ (١٣)، ٤٥-٦٤.

٤٢- كمال دسوقي (١٩٨٨). ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول، القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.

٤٣- كولز إ. م. (١٩٩١). المدخل إلى علم النفس المرضي والإكلينيكي، ترجمة: عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي وماجدة حامد حماد وحسن على حسن، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية..

٤٤- لويس كامل مليكة (١٩٨٩). سيكولوجية الجماعات والقيادة، ج (٢)، القاهرة الهيئة المصرية العامة للكتاب

٤٥- مجمع اللغة العربية (٢٠٠١). المعجم الوجيز، القاهرة: الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية.

٤٦- محمد السيد عبد الرحمن وفوقية حسن عبد الحميد (١٩٩٨). كراسة تعليمات مقياس الغضب كحالة وسمة، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

٤٧- محمد أحمد إبراهيم سعفان (٢٠٠٣). دراسات في علم النفس والصحة النفسية: اضطراب انفعال الغضب " الخلفية النظرية – التشخيص – العلاج، القاهرة: دار الكتاب الحديث.

٤٨- محمد أحمد غالى ورجاء محمود أبو علام (١٩٧٣). القلق وأمراض الجسم، القاهرة: مطبعة الحلبوني.

٤٩- محيى الدين أحمد حسين وميرفت أحمد شوقي وعائشة السيد شرف الدين (١٩٨٣). السلوك العدواني ومظاهره لدي الفتيات الجامعيات،

في: أحمد محمد عبد الخالق (محرر) بحوث في السلوك والشخصية، المجلد الثالث، الإسكندرية: دار المعارف، ٩٧ – ١٢٧.

٥٠- محيى الدين أحمد حسين (١٩٨٧) التنشئة الأسرية والأبناء الصغار، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، سلسلة الألف كتاب الثاني، العدد (٥٠).

٥١- ممدوحة محمد سلامة (١٩٩٠). علاقة حجم الآسرة بالاعتمادية والعدوانية لدى الأطفال، القاهرة: مجلة علم النفس، العدد (١٤)، ٣٤- ٤٢.

٥٢- معتز سيد عبد الله وصالح عبد الله أبو عباة (١٩٩٥). أبعاد السلوك العدواني: دراسة عاملية مقارنة، القاهرة: مجلة دراسات نفسية،٥(٣)، ٥٢١ – ٥٨٠.

٥٣- معتز سيد عبد الله (١٩٩٨) علاقة السلوك العدواني ببعض متغيرات الشخصية، القاهرة: مجلة علم النفس، ع (٤٧)، ٦٤ – ٨٧.

٥٤- نايف بن أحمد الحمد (ب ت) الغضب: آداب وأحكام.

www.saaid.net/rasael/353.htm

٥٥- نبيل حافظ ونادر قاسم (١٩٩٣). الإحباط والعدوان، القاهرة: المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد (٦)، ٧٥ – ٨٤.

٥٦- نعيمة شاطر مبارك طاهر (٢٠٠٥). أسلوب الأم في التنشئة وعلاقته بسلوك العنف كما تدركه عينة من طلاب وطالبات المرحلة المتوسطة في الكويت، القاهرة: المجلة المصرية للدراسات النفسية، ١٥(٤٦)، ٣٩٤ – ٣٤٨.

٥٧- يحيي الرخاوي (١٩٧٩). دراسة في علم السيكوباثولوجي، (شرح: سر اللعبة)، القاهرة: دار المقطم للصحة النفسية.

٥٨- يوسف ميخائيل أسعد (١٩٨٧). سيكولوجية الغضب، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

1- Adrian Faupel; Elizabeth Herrick, and Peter Sharp (1998). Anger management: A practical guide. London: David Fulton Publishers.

www.Fultonbook.com.uk

2- Ana Garcia – Leon, et al., (2002). The Aggression Questionnaire: A validation Study in student samples. The Spanish Journal of psychology, 5(1):45-53.

3- Archer, J.; Holloway, R., and Mcloughlink (1995). Self-reported physical aggression among young men. Aggressive Behavior, 21(5):325-342.

4- Archer, J.; Kilpatrich, G., and Bramwell, R. (1995). Comparison of two aggression inventories. Aggressive Behavior, (21)5:371-380

5- Arthur, P. Noyes and Lawrence, Kolp (1966). Modern Clinical Psychiatry, (6ed.), London: W. B. Saunders and company.

6- Barbara, S. McCann et al., (1987). Gender differences in the relationship between hostility and the type A Behavior Pattern. Journal of Personality Assessment, 51(3):355-366.

7- Beth, J. Mabry (1999). Social structural and anger: Social psychological mediators. Dissertation submitted to the Faculty of Virginia Polytechnic Institute and State University in partial fulfillment of the

requirements for degree of Doctor of Philosophy in Sociology.

8- Biaggio, M. K. (1989). Sex differences in behavioral reactions to provocation of anger. Psychol. Rep. 64(1):23- 26.

9- Britt Rachelle Galen, and Marion, K. Underwood (1997). A developmental investigation among children. Developmental Psychology, 33(4):589- 600.

10- Bron, B. Ingoldsby, and Suzanne Mckim (1983). Family expressiveness: Sex and socioeconomic class differences. Paper presented at the Annual Meeting of the National Council on Family Relations.

www.eric.ed.gov/

11- Bundy, C. (1994). Cardiovascular and respiratory treatment. In: Lindsay, S. J. E., and Powe H., (Eds.), The handbook of clinical adult psychology, (2ed.), London: Routledge, 573-589.

12- Buss, A.H., and Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 63(3):452-459.

13- Carole Wade and Carol Tavris (1996). Psychology. U.S.A: HarperCollins College Publishers.

14- Cellious Barner; Besty Hudson, and Lee, A. Rosignon – Carmouche (2000). Anger, violence, and academic performance. Urban Education, 35(2):175-204.

15- Constance McKenzie (1995). A study of serial murder.

www.selfhelmagazine.com/articles/groth/anger.html

16- Crick, N.R., and Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social Psychological adjustment. Child Development, 66(3):710-722.

17- Donn Byrne and Kathryn Kelley (1981). An introduction to personality. (3ed,), New Jersey: Prentice. Hall, Inc.

18- Douglas, A. Bernstein, et al., (1988). Psychology. Boston: Houghton Mifflin Company.

19- Elaine, D. Eaker et al., (2004). Anger and hostility predict the development of atrial fibrillation in men offspring study. American Heart Association,190:1267-1271.

20- Harry Mills (1995). Introduction to anger management.

www.amhe.org/poc/view_doc.php?type=doc&id=s802&cn=116

21- Hasida Ben-Zur and Moshe Zeidner (1988). Sex differences in anxiety, curiosity and anger. Sex Roles, 19(6):335-347.

22- Janice, C. Stapley and Jeannette, M. Haviland (1989). Beyond depression: Gender differences in normal adolescents′ emotional experiences. Sex Roles, 20(516):295:308.

23- Janice E. William, et al., (2000). Anger proneness predicts coronary heart disease risk. . American Heart Association, 101:2034.

24- Janice, E. Williams et al., (2006). Race-gender differences in the association of trait anger with subclinical carotid artery atherosclerosis. American Journal of Epidemiology.

http://aje.oxfordjournals.org/cgi/content/full/kwm001v1

25- Julie, A. Paquette, and Marion, K. Underwood (1999). Gender differences in young adolescent' experiences of Peer victimization: Social and physical aggression. Merrill-Palmer Quarterly, 45(2):242-266.

26- Kaj Bjorkqvist; Karin Ostermand, and Kirsti, Lagerspetz M. J. (1994). Sex differences in covert aggression among adults. Aggressive Behavior, 20:27-33.

27- Kaj Bjorkqvist (1994). Sex differences in physical, verbal, and indirect aggression: A review of recent research. Sex Roles, 30(3/4):177-188.

28- Karina Davidson and Peter Hall (1995). What does potential for hostility measure? Gender differences in the expression of hostility. Journal of Behavior Medicine, 18(3):233-247.

29- Kathryn, M. Ryan (1998). The relationship between courtship violence and sexual aggression in college students. Journal of Family Violence, 13(4):377-394.

30- Katy Tapper and Michael, J. Doulton (2004). Sex differences in levels of physical, verbal and indirect aggression amongst primary school children and their associations with beliefs about aggression. Aggressive Behavior, 30(2):123-145.

31- Kirsti,. M. J. Lagerspetz; Bjorkqvist, K., and Peltonen, T. (1988). Is indirect aggression typical of females? Gender differences in aggressiveness in 11- to 12 – year-old children. Aggressive Behavior, 14, 403-414.

32- Kotler Moshe et al., (2001). Anger, impulsivity, social support, and suicide risk in patients with stress disorder. Journal of Nervous and Mental Disease.189 (3):162-167.

33- Leslie, R. Brody; Gretchen, S. Lovas, and Deborah, H. Hay (1995).Gender differences in anger and fear as a functional of situational context. Sex Roles, 32(2):47-78.

34- Linda Meeks-Mitchell and Philip Heit (1987). Health: A wellness approach. Toronto: A Bell and Howell Company.

35- Martin Ramirez; Manuel Andreu, and Takehiro Fujihara (2001). Cultural and sex differences in aggression: A comparison between Japanese and Spanish students using two different inventories. Aggressive Behavior, 27(4): 313-322.

36- Mary, B. Harris and Kelly Knight-Bohnhoff (1996).Gender and aggression II: Personal aggressiveness. Sex Roles, 35(1/2):27-42.

37- Mary, B. Harris (2006"a"). Aggressive experiences and aggressiveness: Relationship to ethnicity, gender and age. Journal of Applied Social psychology, 26(10):843-870.

38- Mary, B. Harris (2006"b").Gender of subject and target as mediators of aggression. Journal of Applied Social Psychology, 24(5): 453-471.

39- Mendes,de Leon C.F. (1992). Anger and impatience/irritability in patients of low socioeconomic status with coronary heart disease. J Behev Med, 15 (3): 273-284.

40- Michael, J. Blier and Linda, A. Blier-Wilson (1989). Gender differences in self-rated emotional expressiveness. Sex Roles, 21(3): 287-295.

41- Patricia Mona Eng, et al., (2003). Anger expression and risk of stroke and coronary heart disease among male health professionals. Psychosomatic Medicine, 65:100-110.

42- Peter Angerer et al., (2000). Impact of social support cynical hostility and anger expression on progression of coronary atherosclerosis. Journal of American College of Cardiology Foundation,36:1781-1788.

43- Philip, G. Zimbardo, and Ann, L. Weber (1994). Psychology. USA: Harper Collins College Publishers

44- Phill Barker (2003). Anger.

www.beyondintractabitily.org/essay/anger/

45- Potegal, M. and Archer, J. (2004). Sex differences in childhood anger and aggression Child Adolesc Psychiatr Clin N Am., 13 (3): 513-528.

46- Rita, L. Atkinson, et al., (1993) Introduction to psychology. (11ed.), Tornto: Harcourt Brace College Publishers.

47- Robert, A. Baron, and Donn Byrne (1984). Social psychology: Understanding human interaction. Landon: Allyn and Bacon. INC.

48- Robert, A. Baron; Donn Byrne, and Jerry sals (1989). Exploring social psychology. (3ed), London: Allyn and Bacon.

49- Ron Potter-Effron (1994). Angry all the time. Okland: New Harbinger, Inc.

www.extension.uiuc.edu/rura/route.pdf

50- Ross, C. E., and Van Willigen, M. (1997). Education and the subjective quality of life. Journal of Health and Social Behavior, 38(3): 275- 297.

51- Scott Schieman (1999). Age and anger. Journal of Health and Social Behavior, 40(3): 273-289.

52- Scott Schieman (2000). Education and the activation course, and management of anger. Journal of Social Behavior, 41(1):20- 39.

53- Scott Schieman (2003). Socioeconomic status and frequency of anger across the life course. Sociological Perspectives, 46(2):207-222..

54- Spielberger, C. (1988). State – trait Anger Expression Inventory. Research Edition. Professional Manual. Psychological Assessment Resources: Odessa. Florida. (Available on line).

55- Sue, B. Stoner and Boyd, W. Spencer (1987). Anger and gender differences with Anger Expression Scale. Educational and Psychological Measurement, 47(2), 487-492.

56- Susan, H. Spence (1994). Interpersonal problems treatment. In: Lindsay, S. J. E, and Powe, H. (Eds.), The handbook of clinical adult psychology, (2 ed.,), London: Routledge, 253-270.

57- Thomas, S. P. (1989). Gender differences in anger expression: Health implication. Res. Nurs. Health, 12(6): 389-398.

58- **Tristan Loo (2005). What causes anger.**

http://ezinearticles.com/?what-causes-anger?&=58598

59- **Ven Gyaltrul Rinpoche (1997).Anger: Effects, Causes, and Antidotes.**

www.dhagpo-kagyu.org/anglais/scienc-esprit/ fondements/ general/anger.htm

60- **Virginia Nichols Quinn (1995). Applying Psychology (3ed.). New York: McGraw- Hill, Inc.**

61- **Wayne Froggatt (1997). The Rational management of anger.**

www.rational.org.nz/prof/docs/anger-htm

الفصل التاسع

البيئة والكثافة السكانية وتأثيرهما على الصحة النفسية

" مصر على وجه العموم والإسكندرية على وجه الخصوص"

مقدمة:

عندما لطم إنسان القرن الحادي والعشرين البيئة على خدها الأيمن، لم تدر له خدها الأيسر، بل لطمته على خديه وشدت أذنيه. وما لم يتعظ من هذا الدرس القاسي فهو إنما يقامر بوجوده، ويصبح عليه في المستقبل غير البعيد أن يرحل عن كوكب الأرض بلا رجعة. لقد بادر الإنسان بالاعتداء على بيئة الأرض، ولم يكن الدافع من وراء عدوانه هذا شراً متأصلاً في نفسه، وإنما هذا التعديل من باب الغفلة في غمرة تقدمه العلمي والصناعي. وكان من الطبيعي - طبقاً لسنة الخلق - أن تقلب البيئة للإنسان ظهر المحن عله يرتدع ويعلم أنه مجرد أحد أنواع الأحياء قاطبه، ومن عاداها مدحور بلا أدنى شك مهما أوتي من أساليب القوة، فهي الأطول نفساً وهي الأكثر قدرة على تحمل الضربات، وردها الصاع صاعين وثلاثة إذا لزم الأمر.

والقول السابق يبين أن البيئة لن تقف ساكنة لاعتداءات الإنسان، وتجاوزاته ضدها سواء بحسن نية أم بسوء نية، سواء أكان من أجل رفاهيته أم حماية نفسه.. فإنها ولاشك كما تأثرت ستؤثر وعلى حسب تأثرها يأتي تأثيرها، فلكل قدر قدر وعلى قدر الفعل تكون النتيجة، والجزاء من صنف العمل.

وهذا البحث يحاول إبراز أن جميع مكونات البيئة في كوكبنا تمارس في نهاية الأمر تأثيراً مباشراً على صحة البشر ورفاهيتهم، بيد أن البيئة التي تمارس أكبر تأثير مباشرة على حياة النسا وصحتهم ورفاهيتهم هي البيئة المباشرة لبيوتهم وأماكن عملهم والأحياء المجاورة لهم. تلك البيئة لا يتوقف تأثيرها فقط على الصحة العضوية بل يمتد على الصحة النفسية.

وتأثير البيئة على الصحة النفسية للفرد، سوف يتناوله الباحث من خلال قسمين، القسم الثاني منه سوف نعرض فيه لموضوعات البيئة والصحة النفسية وكل من الضوضاء، وتلوث الهواء، والازدحام، والكثافة السكانية. أما القسم الأول فسوف نستهله بالتعرف إلى - كمدخل - موضوع تاريخ البيئة

وعلم النفس البيئي، وذلك في محاولة بسيطة من الباحث للفت الانتباه إلى أن البيئة لا يمكن أن تنفصم عن علم النفس، أو أنها قاصية عنه، بحيث لا يمكن لعلم النفس أن يسهم بدوره في تعديل البيئة، على الأقل من خلال تعديل سلوك الأفراد سعياً نحو إيجاد التوازن بين حاجات الأفراد في مقابل المحافظة على البيئة التي تصون توازن الطبيعة وتحفظه، وتمكن البشرية والكائنات الحية الأخرى من أن تستمر في النمو بقوة وازدهار.

والأمر لدى علم النفس أيضاً فيقدم لنا التحليل النفسي لمسبب التلوث، والتحليل النفسي لمكافحة التلوث. والهدف الأساسي لعلم النفس عندما يقوم بهذا، إنما يكمن في محاولته الحثيثة نحو عودة الوفاق بين الإنسان والطبيعة. وفيما يلي عرض لكل قسم.

القسم الأول: البيئة وعلم النفس البيئي:

أ- تاريخ علم النفس البيئي:

قد يبدو من الأساس المنطقي لعلم النفس البيئي أن هذا الميدان من الدراسة هو دالة لتطور علم النفس العلمي ولتعاظم المشكلات البيئية في عالم اليوم، لكن هذا الأساس لا يحدد في الحقيقة ماهية "علم النفس البيئي". هذا القصور قد لا يبعث على الدهشة أن ميدان علم النفس البيئي يبدو أقل صعوبة عند وصفه، وأكثر صعوبة عند تحديده، لذا قد يسهل هذا الموقف إذا ألقينا نظرة تاريخية على اهتمامات هذا الميدان ومكوناته، فالدراسة العلمية لتأثير البيئة على السلوك يمكن تتبعها على الأقل إلى بدايات علم النفس الحديث، حينما تركز جل اهتمام علماء النفس في القرن ١٩، وخاصة الفيزيقيون منهم على دراسة الإدراك الإنساني للمثيرات البيئية كالضوء والصوت والضغط (اللمس).

ومع نشأة المدرسة السلوكية في علم النفس في الربع الأول من القرن العشرين، بدأ علماء النفس في الاضطلاع بدراسة متعمقة لما تباشره

الأحداث "البيئية" - مثل نظم التدعيم والخبرات المبكرة للطفل في "الوسط" المحيط - من تأثيرات على التعلم الإنساني والأداء، والتفاعل الاجتماعي.

ويعزي للمدرسة الجشطالتية - المجالية الفضل الأكبر في إبراز أثر البيئة على توجيه السلوك. وفي ذلك ترتكز نظرية "ليفين" المجالية (١٩٣٦- ١٩٥١) على معادلته المشهورة س= د(ش، ب) وتعني أن السلوك (س) دالة لتفاعل الشخص (ش) مع البيئة (ب) كما يدركها.

.وقد شهدت الفترة من الأربعينيات إلى السبعينيات اهتماماً متزايداً لدى علماء النفس بدراسة الهندسة البشرية والعوامل الإنسانية والمادية الكامنة وراء فعالية الإنسان وكفايته في عديد من مجالات الحياة والعمل والإنتاج. .ومن أمثلة هذا الاهتمام دراسة تأثيرات ظروف بيئية معينة كالحرارة والضوء والتهوية والحيز المكاني على الأداء الإنساني والكفاية في العمل، وبرغم أن كل مجالات هذه الدراسة كانت تهتم بتأثيرات البيئة على الإنسان فإن الممارسين العمليين في هذه المجالات لم يزعموا أنهم يدرسون علم النفس البيئي.

فهذه التسمية (علم النفس البيئي) لم تظهر إلا في فترة متأخرة من الستينيات، وفي منتصف السبعينيات بدأت قلة من أقسام علم النفس (كان أولها قسم علم النفس بجامعة نيويورك) في تقديم برامج رسمية للدراسة في علم النفس البيئي، وأعقبها الكثير من أقسام علم النفس والتربية والجغرافيا في تقديم هذه المقررات للطلبة.

وكان من الطبيعي أن يواكب هذا التطور تكون هيئات علمية مثل هيئة بحوث تصميم البيئة وهيئة دراسات علاقات الإنسان بالبيئة. كما اعترفت الرابطة الأمريكية لعلم النفس رسمياً بعلم النفس البيئي (في ارتباطه بعلم النفس السكاني) باعتباره أحد أقسامها الرئيسية. (طلعت منصور: ٦ - ٧).

وعلم النفس البيئي كما يقول "بروشانكسي ووليام" إنما نشأ من الضرورة الاجتماعية، وفي وقتنا الحالي الذي نعيش فيه نعاني من نقص

البناء النظري الذي يجيز لنا أو يسمح لنا أن نحدد أو نعرف المصطلحات، فقط يمكننا أن نحاول تعريفه عن طريق الإشارة إلى الأحداث أو الظواهر التي تدرسه. (Prochansky,b: 27)

أما عن هدف علم النفس البيئي فهو إيجاد التوازن بين حاجات المجتمع الصناعية (وقود - طاقة - وسائل مواصلات - المنازل) في مقابل المحافظة على البيئة التي تصون توازن الطبيعة وتحفظه، وتمكن البشرية والكائنات الأخرى الحية من أن تستمر في النمو وبقوة وتزدهر.

وفي النهاية لقد كان لظهور علم النفس البيئي الفضل في تتبع اتخاذ الظروف والقوى التي تدخل/أو لا تدخل داخل دائرة اختصاص علم النفس بصفة عامة. فعن طريقة أمكن الالتفاف إلى دراسة آثار التلوث البيئي، ودراسة مظاهر الحياة والمظاهر السلوكية والاجتماعية لدى الأفراد. وهو أيضاً الذي تسبب في زيادة الوعي والإحساس بعلم النفس باعتباره علماً يمكنه أن يطبق المعرفة السلوكية على مشاكل المجتمع. (Kogan: 383)

ب - البيئة:

ليست البيئة في الاصطلاح مجرد العالم الخارجي، أو شيئاً نظنه محيطاً بنا، وملتفاً حولنا، ولو أننا نظرنا إليها على هذا النحو لقللنا من شأنها ومن أهمية الدور الذي تؤديه في حياتنا.

وهي موجودة منذ النشأة الأولى للحياة، حتى في الخلايا البيولوجية الأولية. وهذا الوجود جعلها المكان الذي تتخذ منه موطناً ومعاشاً بكل ما تحمله هذه العبارة من معنى. (ماكيفر وبيرج: ١٥٢ - ١٥٣)

وهي لا تعني مجرد العوامل المناخية، أو الجغرافية، ولا مجرد العوامل الثقافية التي يتعرض لها الوليد، وإنما هي جميع العوامل التي لا ترتبط بالمورثات والتي يبدأ تأثيرها منذ لحظة تكونه داخل رحم الأم.

(سلامة وعبد الـ[illegible] ٦٢ - ٦٣)

فمنذ لحظة الميلاد وحتى الكبر نجد أن الجزء الأكبر من محصلاتنا أو مدخلاتنا input إنما يدخل عقولنا مع أول يوم لميلادنا ويكون ذلك من خلال إدراكنا للبيئة التي نعيش فيها. لذا فمن غير المنطقي أن نفترض أن محيطاتنا ليس لها القدر الأكبر في تطوير قوانا العقلية وبراعتنا. (Parr: 16)

والبيئة هي التي تؤدي دوراً مهماً في تطوير النظام الحضري، وهي التي تؤثر على خصائصه ومضمونه ونشاطه الثقافي، كما تؤثر على حيوية المجتمع من حيث قدرته على النماء والحياة والنشاط والمستوى العقلي والخلقي. (Kogan: 110)

البيئة تتفاعل مع الإنسان والتفاعل ينشأ عنه العديد من المشكلات البيئية، والتي يكون على الإنسان حلها لأنه في الغالب سبب لها، وحل مشكلة واحدة من مجموعة مشكلات البيئة لا يعوق دون ظهور مشاكل أخرى التي لازالت موجودة حتى الآن على الرغم من التقدم التكنولوجي. وحل تلك المشاكل قاد الإنسان بشكل متزايد إلى أكثر الأسئلة أهمية وهي لماذا حدث هذا؟ وكيف نمنع المشاكل الجديدة من الحدوث؟ (Prochansky, a: 173)

والإنسان في تفاعله مع البيئة يعيش في محيط بيئي يتضمن معظم الخصائص الدينامية للمحيط الفيزيقي مثل الحرارة والضوء والصوت وغير ذلك. هذه المظاهر لها آثار مباشرة على العلاقات بين الأفراد وعلى سلوكهم، وعلى الحيوانات أيضاً. والقول بأثر البيئة على سلوك الكائنات الحية قول قديم فهي تؤثر على راحة الفرد ومزاجه ودرجة اهتياجه. (Eric, b: 497)

إن الآثار التي يمكن أن تسببها البيئة يثير معظمها الخوف والقلق على الكائنات الحية خاصة الإنسان. فهناك دلائل تبعث على القلق بشأن العلاقة بين تلويث هواء البيئة وكل من سرطان المعدة وأمراض القلب، ومن مصادر القلق الأخرى الارتفاع السريع في مستوى المركبات السامة التي تسبح في المحيط الجوي بما في بذلك الزئبق والرصاص والزرنيخ والكادميوم.

(سمارسكي: ٨٣ - ٨٤)

جـ- التحليل النفسي لمسبب التلوث:

الواقع أن التلويث يتمثل أولاً في نقل المرء نفايات أنشطته المنزلية أو الصناعية إلى أماكن تخص آخرين. فماذا يضيرنا في نهاية المطاف أن تلوث حياة الجماهير الغفيرة من الكائنات الحية التي تعيش في الطبيعة ولا تعنينا حياتها في شيء على ما يبدو. وأنى لنا أن نشعر بالتضامن مع تلك الكواسر التي يعقمها تراكم المبيدات المكلورة في أجسامها؟ فآراء العامة تدرجها في عدد الحيوانات الضارة، ومن ثم ينبغي أن يكون اختفاؤها مدعاة لاغتباطنا. وهكذا تتناقص شيئاً فشيئاً أعداد الأنواع وتختفي تماماً أنواع أخرى فتنتقص على نحو لا مرد له من التراث البيولوجي والوراثي للمحيط الحيوي (biosphere).

غير أننا نلوث أيضاً حياة غيرنا من البشر، أناس يعيشون في مناطق أخرى بعيدة أحياناً، لذلك فهم أيضاً لا يعنينا أمرهم. إذ كيف لنا أن نشعر بالذنب إزاء فعلة لا نرى عواقبها؟ من المعروف أن المقاتل في حرب ما لا يحس عندما يفتح مستودع قاذفة القنابل ليفرغ ما بها من وسائل الدمار بمثل ما يحس من الحرج عندما يقتل بيديه عدواً أعزل. فالواقع أن الإنسان لا يؤنبه ضميره حقاً إلا إزاء ما يمسه عن كثب وفي الصميم. ومن هذا المنظور يبدو لنا طبيعياً أن نودع نفاياتنا الأنهار. فمن ذا الذي يخطر بباله أن يلوث بركة حديقته فيلحق بممتلكاته الخاصة؟ ومن جهة أخرى فإن المياه الجارية ستتولى أمر نقل الملوثات إلى أماكن أخرى. اللهم إلا إذا حدث بعد عشر سنوات أو بعد قرن من الزمان أن أجبر القانون مسبب التلوث على الاستلقاء عند سافلة النهر وطرح النفايات عند عاليته. وعندئذ سيلوث نفسه بنفسه فيتغير الوضع تماماً وتلك فكرة ثورية قد لا تجد سبيلها إلى التنفيذ إلا لدى المجتمعات المقبلة.

أما اليوم فلم نذهب إلى هذا الحد بعد، ومازلنا نلقي بنفاياتنا حيثما اتفق. وكذا تلقي هولندا ما تلقيه في نهر الراين من نفايات تلك البلدان الصناعة

الواقعة في عاليته. وعندما نعرف أن هذا التلوث يرجع في جانب كبير منه إلى أملاح معدنية نخص منها بالذكر الكلورورات المتأتية من مناجم البوتاسيوم أو من مشاريع استخراج ملح المناجم، يزداد فهمنا لردة فعل الهولنديين الذين كتب عليهم الكفاح طوال قرون لصد مياه البحر التي تحتاج بلدهم ويرون اليوم أن الأرض التي اكتسبوها بشق الأنفس مهددة بتلوث ملحي آت إليها من بلدان أخرى من القارة. إن المياه المالحة تغزوهم من وراء ظهورهم.

وتبدو مسئوليتنا أقل إلزاماً لنا من ذلك عندما يتعلق الأمر بتلويث الهواء فالرياح السائدة - كما يدرك كل منا عندما ينظر إلى مداخن المصانع- تحمل الأدخنة إلى مناطق غير مناطقنا، وبطبيعة الحال، يخول كل منا لنفسه حق استغلال الفضاء الجوي الذي لا نهاية له ولا يدعي ملكيته أحد، لنشر أبغض منتجات نشاطه الصناعي. وسوف يتعين انقضاء وقت طويل أن يصبح مفهوماً يألفه الجميع ما يترتب على الانعكاس الحراري من ارتداد الأدخنة أو الأبخرة التي انطلقت من الأرض إليها، وانقضاء وقت أطول من ذلك نتنبه إلى إنذار تركز التلوث الجوي في المناطق القطبية.

وقد لوحظ في السنوات الأخيرة أن متوسط معدلات التلوث الجوي في البيئة الحضرية لا يرتبط بعدد السكان فحسب، بل أيضاً بمستوى معيشتهم. فأصبح التلوث ترف الموسرين في باريس حيث هواء حي السادس عشر أشد تلوثاً اليوم من هواء الحي الحادي عشر، على الرغم من أن هذا الأخير أشد ازدحاماً بالسكان. كما لو كانت العدالة قد شاءت أن تكون "الأحياء الراقية" في مدننا الكبرى ، بما زودت به من تدفئة بزيت وتكييف لهواء الأبنية يستهلك قدراً كبيراً من الطاقة، أشد تلوثاً من الأرباض الصناعية.

د - التحليل النفسي لمكافحة التلوث:

لئن كانت كافة الأطراف قد اضطلعت بمبادرات موفقة في الكفاح ضد التلوث، فإن ذلك ينبغي عزوه أولاً إلى ضغط الرأي العام، وعلى الأخص ضغط فئات السكان الأحدث سناً.

ومن دواعي الدهشة البالغة أن نلاحظ إلى أي حد ترهف مشكلات التلوث حس اليافعين بل الأطفال وتثير وعيهم. صحيح أن الضوضاء لا تزال أشد مصادر الإزعاج ضرراً، إذ يعاني منها شخص من نحو خمسة أشخاص. غير أن المؤتمرات التي تنعقد حول الضوضاء لا تضم قط سوى مشاركين ينتمون إلى فئات محددة من المتقدمين في العمر الذين يتوجهون باتهاماتهم، وبحق، نحو راكبي الدراجات النارية من النشء الذين يقضّون مضاجع سكان مدينة بأكملها بما تحدثه دراجاتهم ليلاً من ضجيج يوقظ المئات إن لم يكن الآلاف من المواطنين. ومن جهة أخرى فإن مشكلات التلوث تجتذب أعداداً غفيرة من النشء وغيرهم من المناضلين. فما مرد هذا الوعي الجديد الذي يدفع الأبناء إلى تلقين آبائهم دروساً في حماية الطبيعة؟

الواقع أن الحديث عن البيئة حديث شائع في هذه الأيام، فهو يشكل جانباً من البيئة الثقافية التي يألفها الطفل أو اليافع. فمن الطبيعي ووسائل الإعلام دائبة على تناول موضوع البيئة أن يتشبع به هؤلاء أكثر مما يفعل الكبار الذين يتعذر عليهم أن يضيفوا إلى ما سبق لهم اكتسابه من أفكار أفكاراً جديدة. غير أن هناك ما هو أكثر من ذلك وبوسع قانون "هايكل" بشأن النشوء الحيوي أن يلقي على هذا الأمر ضوءاً لم نكن نتوقعه.

"فهايكل" يرى أن "تكون الفرد يسير على نهج تطور السلالات" بمعنى أن الفرد يكرر المراحل المختلفة للتطور البيولوجي الذي أفضى إلى تكون الجماعة الحيوانية التي ينتمي إليها وأدى- على نطاق أوسع- إلى تطور الحياة منذ نشوئها.

وقصارى القول أننا بتتبع تطور الجنين والكائن الحدث يمكننا أن نكتشف المراحل الكبرى للتطور البيولوجي. ذلك أنه بالنسبة إلى كل منا تبدأ الحياة ببويضة وحيدة الخلية أي عند مستوى تنظيم الأوالي، وهذه البويضة تعطي أولاً بانقسامها كتلة متعددة الخلايا تذكر بالتنظيم البدائي للخلويات

الأولى، ثم مضغة تزداد اكتمالاً باطراد. وتجري كل هذه التحولات في وسط مائي هو الرحم، الأمر الذي يشهد بالأصل البحري للحياة.

أما الولادة فتسجل نشوء الحياة على الأرض: وكما تعين على أسلافنا الأسماك فعله في الماضي، يتعلم الإنسان الصغير أولاً فن التنفس الرئوي الصعب ثم الزحف ثم المشي على أربع، وأخيراً الوضع الواقف. وبذلك يكون قد مر على التوالي بمراحل الأسماك ثم الزواحف ثم الثدييات ثم الرئيسيات. ولا يكتسب الطفل اللغة إلا بعد أن يكون قد اجتاز كل هذه المراحل، فيجتاز بها مستوى تطور الأنواع التي سبقتنا زمنياً وتقع دوننا في التدرج الهرمي للكائنات الحية. وعندئذ تُعقب الثقافة الطبيعية ويدخل اليافع عالم المعارف والدرايات العملية التي تراكمت على امتداد الأجيال التي سبقته. وفي غضون بضع سنوات يُحرز تقدماً ويحقق إنجازات تقنية اقتضت من البشرية آلاف السنين من البحث والتجريب وبذل الجهد. ويبنى التطور التعليمي على التطور البيولوجي ويسير تكون الفرد منذ الآن على نهج تطور المجتمعات وهكذا يجتاز كل فرد، عبر طريق بالغ القصر، تاريخ الحياة، وعلى الأقل جزئياً - تاريخ البشرية.

إن الغريزة تستقل بتنظيم المراحل الأولى للوجود، ويقتضي الوعي بالبيئة والوعي بالذات جهداً شاقاً، ويتعلم الإنسان الصغير شيئاً فشيئاً كيف يستفيد من نتائج تجاربه وكيف يتصرف جزئياً ككائن عاقل. ألم نكن نتحدث في الماضي عن (سن الرشد)؟ ثم يأتي بعد ذلك سن البلوغ الذي يسجل نضجاً متأخر للدوافع الجنسية التي ستظل تؤثر في تصرفات المراهق ثم البالغ الناضج طوال حياته. ذلك أن مجال الوجدان والجنس يعصي أكثر من أي مجال آخر على سلطان العقل وتظل الدوافع البدائية تعبر عن نفسها بقوة بالغة. غير أن ترشيد الشخص البالغ النضج وتنسيبه لما يعيش من تجارب يفضيان به إلى أن يراعى دائماً وباطراد وزن تجاربه وممارساته الروتينية، ومن ثم إلى مواءمة تصرفاته على أفضل نحو ممكن. أما النشء فهو يعبر على العكس من

ذلك عن تلقائيته وحماسته، أي عن الاندفاعية الأولية لغريزة الحياة، في حدود كل ما يستطيع بذله من جهد في التحليل والضبط العقلاني. (جان ماري، مواضع متفرقة)

القسم الثاني: البيئة والصحة النفسية:

١- الضوضاء والصحة النفسية:

الضوضاء عنصر مستحدث من عناصر تلوث البيئة، وهو لا يؤثر سلباً فقط على الحالة الصحية العامة للإنسان بل ونفسياً، وهو لا يوجد منتشراً في كل مكان، لكنه يتركز بصفة خاصة في المناطق الصناعية، وفي أماكن التجمعات السكنية التي تزدحم فيها المباني وتكتظ بالسكان. (أحمد مدحت: ٢٢).

وهي تمثل أحد المتغيرات الفريدة في البيئة الطبيعية، لأن هذا المتغير البيئي الذي يؤثر على السلوك هو من صنع الإنسان ذاته ونتاج لمدنيته، وليس مصدره هو مجرد البيئة الطبيعية، ويتضمن مفهوم الضوضاء مكرنا نفسياً مهماً وهو اللامرغوبية "غير مطلوب أو مرغوب" (طلعت منصور: ١٥ - ١٦)

هذا وتشكل الضوضاء أسوأ أنواع الضغط النفسي على الإنسان. وهذا الضغط النفسي يؤثر بالضرورة على الصحة العامة والصحة النفسية للإنسان في مختلف سنوات عمره... ويكون ذلك في صورة قلق وارتباط وتوتر وضعف في القدرة على التركيز، وإرهاق ذهني وعصبي وعضلي.

وحيث إن الحالة الفسيولوجية ترتبط إلى حد كبير بالحالة النفسية، فأي اضطراب في الحالة النفسية ينعكس تأثيره على الحالة الفسيولوجية للجسم. وتظهر النتائج النفسية - الفسيولوجية للضوضاء بصفة أساسية في الأحلام والرأس وفقدان الشهية والشعور بالضيق والتعاسة.

والتعرض المستمر للضوضاء يؤثر على الغدد الصماء ذات الإفراز الداخلي أي الغدد التي تفرز الهرمونات، مما يسبب اضطرابات في كمية الهرمونات والذي يعمل بدوره على عدم انتظام ضربات القلب، وانقباض الأوعية الدموية، كما يسبب أيضاً ارتفاع مستوى الكولسترول الذي يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم وتصلب الشرايين والشعور بالصداع المستمر. ويؤدي كذلك إلى اضطراب عمليات الهضم والإصابة بالقرحة المعدية وقرحة الإثنى عشر. وهذه كلها انعكاسات فسيولوجية لتأثيرات الضوضاء على الجهاز العصبي اللاإرادي. (ممدوح حامد، ١١٨ - ١١٩)

ومن الدراسات ما يؤكد بعض هذه الآثار فقد أظهرت دراسات بل وآخرين (Bell, et al, 1978) وكوهين وآخرين (Cohen, et al, 1981)، وويلسون (Wilson, 1976)، وجلاس وسنجر (Glass, and Singer 1972) وجود ارتباط بين الضوضاء الزائدة، والمستويات العالية من الانعصاب، وردود أفعال القلق، وزيادة العدوان وضعف الوظائف العقلية.

وفي دراسة لشيلدون وزملائه (Sheldon Cohen & his associates)، وذلك على مجموعتين من طلاب المدارس في أمريكا. الأولى: تقع بالقرب من مطار لوس أنجلوس بأمريكا، والثانية: تقع في منطقة أكثر هدوءاً، فوجدوا أن معدل ضغط الدم لدى المجموعة الأولى أعلى من ذويهم.

(Robert: 582)

هذا وقد تبين أن المصابين بالاكتئاب هم أكثر الناس حساسية للضوضاء. كما أنها تسبب ما يسمى بالتقلب المزاجي الذي يصيب الناس في العصر الذي نعيشه، وهذا يفسر ما يعتريهم الآن من قلق وتوتر واضطراب عصبي والإحساس بعدم الراحة ولا تزول هذه الأعراض إلا بالابتعاد عن مصدر التلوث الضوئي. (محمد كمال: ٩٢ - ٩٣)

تأثيرات أخرى للضوضاء:

وللضوضاء تأثيرات أخرى نوجزها فيما يلي:

أ. الضوضاء والإنتاج:

أثبتت التجارب التي أجراها كل من جلاس وسنجر عام (١٩٧٢) أن الضوضاء الشديدة كان تأثيرها يمتد أو يؤدي على إعاقة إنتاجية الأفراد الذي خضعوا للتجربة. (Lazarus: 342)

ولما كانت الضوضاء تسبب نقص الأداء إنخفاض الكفاءة فقد دلت التجارب على أن وقاية الأذن من الضوضاء في الصناعة يزيد من الكفاءة والإنتاج. (محمد صابر: ٣٢٣)

ولا يتوقف تأثيرها على إعاقة الإنتاج أو نقص الأداء، بل لما بعد هذا، فهي تؤثر على العمل والمهام الذهنية والفكرية، وهناك فروق محسوسة في الإنتاج بين العمل الذي يتم تأديته في جو هادئ والعمل الذي يؤدى في جو كله ضوضاء.

ومن الثابت أن الضوضاء تسبب حوالي ٥٠% من الأخطاء في الدراسات الميكانيكية وحوالي ٢٠% من الحوادث المهنية، وحوالي ٢٠% من أيام العمل الضائعة ممثلة في قلة رغبة العاملين وكثرة تغيبهم عن العمل، وكل ذلك يؤدي إلى خفض القدرة الإنتاجية للفرد والتأثير سلباً على الناحية الاقتصادية. (ممدوح حامد: ١١٩)

ب ـ الضوضاء والتحصيل الدراسي:

في بحث قام به "رونزافت" عام (١٩٧٥) تبين أن التلاميذ الذين يتعرضون للضوضاء أثناء التعليم، تقل مهاراتهم في القراءة وينخفض مستوى تحصيلهم الدراسي بصفة عامة، كذلك في دراستين لسنجر وجلاس عام (١٩٧٣)، تبين لهما أن الأطفال الذين يقطنون في الأماكن الواقعة

بالطرق الرئيسية بمدينة نيويورك يعانون من عدم وصولهم إلى مستويات متقدمة في الدراسة. (طلعت منصور: ٢١ - ٢٢)

وفي دراسة لكوهين وزملائه عام (١٩٧٣)، أجريت تجربةعلى مجموعة من الأطفال الذين يقطنون مبنى سكنى مكون من ٣٢ طابقاً، والمبنى في منطقة سكنية حضرية تتسم بالضوضاء الشديدة. فوجدوا أن مستوى أداء الأفراد في القراءة يكون أفضل كلما ارتفع الطابق الذي يسكن فيه هؤلاء الأطفال.

وفي دراسة لمكارثي وبرونزافت (McCarthy and Bronzaft) على مجموعتين من الأطفال، الأولى: تقع فصولهم الدراسية بجوار السكة الحديد، والثانية: في منطقة هادئة، فوجدا أن أداء المجموعة الثانية في الاختبارات كان أفضل. (Robert: 582 - 583)

وهذا إشارة إلى أن الضوضاء لا تؤثر على الكبار فقط بل يمتد تأثيرها إلى الصغار. ويتمثل بذلك في قلة استيعابهم وتركيزهم وفهمهم للدروس، والإرهاق العصبي، والدوار والشعور بالمرض لأنه من غير المعقول أن يعمل الجهاز العصبي والقدرات العقلية في جو مشحون بالضوضاء.

كما أكدت الدراسات على أن الضوضاء جعلت سلوك الأطفال يتسم بالعنف والاندفاع والقلق وعدم التركيز، وأصبح رد فعلهم عنيفاً لكل شيء، وقد أثبت الدراسات أيضاً أن المحاضرات التي تلقي على الطلاب بصوت هادئ يستوعبونهما ويفهمونها أكثر مما لو كانت بصوت حاد مرتفع.

(ممدوح حامد: ١٢٠)

٢ـ تلوث الهواء والصحة النفسية:

مصادر ملوثات الهواء عديدة سواء أكانت في البيئة الخارجية أم البيئة الداخلية كالمنازل والمكاتب والمصانع وغيرها. وهذه المصادر إما مصادر ثابتة كالمنشآت الصناعية المختلفة أو متحركة مثل وسائل النقل المختلفة، أو

طبيعية كالانبعاثات الناتجة عن شدة أشعة الشمس، وهناك مصادر أخرى مثل الانبعاثات الصادرة عن الأجهزة الكهربائية، وعن طريق الاستعمال غير الآمن والسليم للمبيدات... وغير ذلك.

هذا ومن ملوثات الهواء غاز أول وثاني أكسيد الكربون، وغاز كبريتيد الهيدروجين، وغاز ثاني أكسيد الكبريت وغاز الأمونيا، والهيدروكربونات مثل الميثان، والجزيئات المعلقة مثل الغبار والأتربة، والرصاص، والفلور، وفلوريد الهيدروجين، والكلور، وسيانيد الهيدروجين... وغيرها.

ويمكن إجمال أهم الأضرار الصحية والنفسية لتلك الملوثات فيما يلي: التأثير على الجهاز العصبي المركزي، وخمول في القدرة على التفكير، والتهيج، والتشنج المفاجئ والاختناق، والتأثير على الخلايا العصبية للإنسان. (عبد الله سليم، مواضع متفرقة)

٣ـ الكثافة السكانية والصحة النفسية:

قبل أن نعرض للتأثير النفسي للكثافة السكانية من خلال دراسة تجريبية على عينة من القاطنين بمدينة الإسكندرية: يهمنا أن نشير في عجالة سريعة إلى تطور المشكلة السكانية وأسبابها، سواء على المستوى العالمي أو مصر وفيما يلي، وصف موجز لما سبق.

أ ـ تطور المشكلة السكانية وأسبابها:

السكان هم ثروة الأمم، فلا يمكن أن نقارنهم بثرواتهم الطبيعية، فلولا السكان ما جادت الأرض بخيراتها، وانتشر فيها العمران، ولولاهم ما قامت مدينة أو حضارة. هم اليد التي تعمر، والتي تحرث، وتدير المصانع، وهم العقول التي تفكر والتي تبدع وهم القوة التي تبطش وترد كيد العدو.

(غلاب: ٧)

وهم أيضاً وراء العديد من المشكلات التي تعاني منها البشرية جمعاء، فتكاثرهم لم يعد مشكلة قطر دون قطر، بل هو سمة من سمات العصر الحديث،

حتى صار هذا التكاثر وباءً عليهم. وبسبب هذا التكاثر غير المتناسق من حيث التوزيع بحيث نجد زحاماً رهيباً في مكان يعوق الحركة والسلوك ويسبب الكثير من الانحرافات السلوكية، وبحيث لا نجد تكاثراً في مناطق أخرى تعاني هي أيضاً من تأخرها عن ركب الحياة بسبب التناقص الرهيب في عدد سكانها.

فمن زوج بدأت به الحياة قبل مليون سنة تقريباً تكاثر الإنسان حتى أصبح عدد الناس في الكرة الأرضية قبل ٣٠٠،٠٠٠ سنة حوالي مليون نسمة وقبل عشرة آلاف سنة أكثر من خمسة ملايين نسمة، وعند ميلاد المسيح كان عدد سكان الأرض أكثر من مائة مليون نسمة.

وفي القرن ١٨ وصل عدد السكان أكثر من سبعمائة مليون نسمة. وفي عام ١٩٣٠ وصل العدد إلى بليون نسمة، وفي عام ١٩٦٠ زاد العدد إلى ثلاثة بلايين نسمة، على أن الإنسان خلال تلك السنوات البعيدة ومنذ أن ظهر على الأرض، كان مقدراً عليه وحده من بين كل الأحياء أن يدرك حقيقة مخيفة: أن الموت يمضي في أثره دائماً متعقباً إياه... ليس ذلك فقط، بل إنه - أي الإنسان - لا محالة صائر إلى الموت في يوم من الأيام. لقد دفعت البشرية ثمناً باهظاً في مقابل كل خطوة صغيرة من التقدم، ففي الماضي كان المرض أكبر حليف للموت. والمرض هو ذلك القناص القبيح الذي بات لفترة طويلة غير معروف الحقيقة والهوية. ففي الماضي لم يكن متوسط العمر يزيد على ٢٣ سنة (أيام سيدنا عيسى عليه السلام) بين سكان أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية. (زهير: ٢).

لقد كان للعلم الدور البارز والفعال في زيادة أعداد السكان عندما اكتشف العديد من الأدوية للأمراض التي كانت تفتك بالبشرية مثل وباء "طاعون جوستنيان" الذي قضى على نصف سكان أوروبا آنذاك، وكذلك مرض "الطاعون الدبلي" الذي تسبب في موت ٢٥ مليون من سكان أوروبا. (فيشر: ٥ - ٦).

ب ـ المشكلة السكانية والكثافة السكانية:

بعد أن تعرضنا لتطور المشكلة السكانية وأسباب الزيادة السكانية على مدار العصور يهمنا الآن أن نتعرف إلى المشكلة السكانية والكثافة السكانية.

فالأولى يمكن تعريفها بأنها "موقف أو حالة أ و ظرف غير مرغوب فيه، يتحدد بوجود شريحة من السكان - صغرت أو كبرت - في ظل ظروف سكنية خطيرة تهدد صحتهم وأخلاقهم وأماناتهم". وأما الثانية (الكثافة السكانية)، فيذكر "دانيل كارسون Daniel H. Carson "أن تعريفها يختلف باختلاف المنهج أو العلم الذي تتم فيه سعياً وراء تحديد الكثافة والازدحام. وأن الكتابات البحثية المتزايدة في هذا الصدد إنما هي مشتقة من علوم: علم النفس والأنثروبولوجيا وميثودولوجيا علم الاجتماع. (Carson: 43)

جـ الكثافة السكانية في مصر وتطورها:

تشير المصادر التاريخية للتعدادات السكانية إلى أن سكان مصر قد تضاعف عددهم لأول مرة خلال ٥٠ عاماً من عام ١٨٩٧ إلى عام ١٩٤٧ حيث ارتفع عددهم من ٩,٧ مليون نسمة إلى ما يزيد على ١٨ مليون نسمة خلال الفترة بين التعدادين واستغرق تضاعف عددهم للمرة الثانية في ٣٠ عاماً من ١٩٤٧ إلى ١٩٧٦. وتشير النتائج النهائية للتعداد العام للسكان والإسكان لعام ١٩٨٦ إلى أن عدد السكان داخل مصر بلغ حوالي ٤٨,٣ مليون نسمة[1]. هذا وقد تجاوز عدد السكان أكثر من ٧٠ مليون نسمة وذلك وفقاً لآخر تقديرات السكان.

إن مساحة مصر الكلية والتي تبلغ ٩٩٧٧٣٨,٤٥ أي حوالي مليون كيلو متر مربع، تصل نسبة الكثافة السكانية فيها (فرد/كم) إلى ٤٨,٣٦، وهذا

(١) الكتاب الإحصائي السنوي، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (١٩٥٢ - ١٩٩٠)، ١٩٩١: مواضع متفرقة.

يعني وجود مساحة معقولة لكل فرد من إجمالي عدد السكان فيها. لكن الواقع غير ذلك إذ أن تلك المساحة الإجمالية لجمهورية مصر العربية لا تزيد المساحة المعمورة منها عن ٤٠ ألف كيلو متر مربع، أي بما لا يتجاوز ٤,٤ % من إجمالي المساحة[1].

وهذا يعني أن يقل الحيز المسموح للفرد أن يتحرك خلاله، وفي الوقت نفسه تزداد الكثافة السكانية إلى حد كبير جداً مع تناقص أعداد أماكن السكن التي يقيم فيها الأفراد، وبالتالي تتفاقم المشكلة ويعيش الأفراد في جو مزدحم بالسكان. وباستخدام مقياس الازدحام (متوسد عدد الأفراد/غرفة) نجد أن سكان جمهورية مصر العربية يعيشون في ظل ظروف الازدحام (٢,٥ فرد/غرفة).

د ـ الكثافة السكانية بمدينة الإسكندرية وتأثيرها على صحة سكانها النفسية:

يهتم الباحث بداية أن يعرض لبعض الآثار التي تسببها الكثافة السكانية على صحة الأفراد وذلك على المستوى العالمي، وذلك لأن الدراسات التي بحثت في هذا الموضوع على المستوى القومي نادرة بمعنى الكلمة. ثم ننتقل بعد ذلك إلى عرض موجز لبحث أجراه الباحث على بعض سكان مدينة الإسكندرية الذين يقطنون في أماكن تتسم بأنها ذات كثافة سكانية وسكنية وهذا نتناوله في حينه.

ففي دراسة قام بها بلومنثال وكاربنتر (١٩٧٤) Blumenthal and Carpenter، أكد على وجود ارتباط بين الكثافة السكانية والاضطرابات العقلية، كما أنها تسبب الاضطرابات العصابية وتعوق النشاط الحركي وتؤثر على السلوك الاجتماعي.

وفي دراسة إيريك سند ستروم (١٩٧٥) E.Sundstrom,a، أكد على أن كثافة عدد الأفراد في حجرة ما ضيقة، ولا تتسع لعدد الأفراد المقيمين

(١) المصدر: التخطيط الشامل: الإسكندرية: ٢٠٠٥.

بها، يؤدي إلى شعور الأفراد بالضغط والانعصاب Stress كما يُحدث العديد من الاضطرابات فيما بينهم.

كذلك أكدت دراسة بوم وجرينبرج Baum and Greenberg (1975)، على أن الكثافة السكنية إنما تؤدي إلى اتخاذ الأفراد إلى أوضاع جلوس معزولة من الناحية الاجتماعية، كما أنهم يتجنبون الاتصال ببعضهم البعض. أما أوستفيلد (1975) Ostfeld فقد أكد على أن التكدس يسبب ارتفاع ضغط الدم، ويعوق الفرد عن أداء دوره السلوكي، كما أنه يؤدي لحدوث الأمراض الجسدية.

ودراسة ورشيل وآخرون (1976) ,Worchel, et al التي أكدت على زيادة حدة غضب الفرد إذا ما شعر بعدم الخصوصية في مكان خاص به، وذلك عندما يقتحم الآخرون المسافة التي يقيم بها أو يخترقون حيزه الشخصي. كما بينت دراسة ليفيت وآخرون (1978) Levitt على أن الكثافة السكانية والضوضاء البيئية يؤثران على الإدراك الحسي والذات للآخرين.

ودراسة لانج (1979) Lange بينت أن الكثافة المكانية والاجتماعية والتداخلية (غزو المكان الخاص بالغير) يؤثرون على الأداء وعلى مزاج الأفراد من الناحية النفسية. أما دراسة آيلو ونيقوسيا وطومسون ;Aiello Nicosia and Thomason (1979)، فقد أكدت على أن الكثافة السكانية لها آثار نفسية واجتماعية وسلوكية على كل من الأطفال والمراهقين. ومن هذه الآثار التوتر والضيق وعدم الارتياح بسبب التقارب الجسدي مع الآخرين، وظهور العدوان والتنافس بين الأفراد.

ودراسة بريروست (1982) Prerost، أكدت على أن الكثافة السكنية تؤثر على الحالة المزاجية للفرد. ودراسة وينز (1984) Wenz، أكدت على أن ازدحام المنزل والوحدة مرتبطان بشدة بمعدل التفكير في الانتحار. وقد انتهت دراسة ماجازينر (1988) Magazinger، إلى أن الكثافة السكانية داخل المنزل أو خارجه لها آثار متفاعلة. مما يؤدي إلى خطر حدوث الأمراض

النفسية، كما أبرزت نتائج سينها (1991) Sinha، أن الكثافة وانعدام الحيز الشخصي يؤثران على أداء الفرد للمهام المعقدة التي يطلب منه إنجازها. أما دراسة ليبور (١٩٩١) Lepore، فقد أبرزت أن الأفراد المقيمين في أماكن تتسم بالكثافة السكانية، يتعرضون للألم النفسي بشكل أشد من ذويهم.

وبعد هذا العرض يهم الباحث أن يعرض في إيجاز - نظراً لحدود عدد صفحات البحث المطلوبة - نتائج دراسة تجريبية قام بها على عينتين (ذكوراً وإناثاً) من سكان مدينة الإسكندرية يقيمان بمناطق ذات كثافة سكانية مرتفعة، **الأولى** من مناطق غبريال والحضرة ومساكن الإيواء والعشش وهي إضافة إلى كونها مناطق ذات كثافة سكانية مرتفعة خارج المنزل، إلا أن كل أسرة منها تقيم في غرفة واحدة مما يشير على وجود كثافة سكانية داخل المنزل، أما **الثانية** فإن كل أسرة منها تقيم في شقة مستقلة لكنها تعيش في أماكن ذات كثافة سكانية أيضاً. وهذه الأماكن مثل محطة مصر وسيدي بشر والعصافرة. **والثالثة** تقيم فى مناطق هادئة ليست فيها لا كثافة سكانية ولا سكنية، وهم يقطنون العديد من الأماكن مثل زيزينيا وكفر عبده والمنتزه. وفيما يلي عرض لأهم النتائج التي تبرز الأضرار الناشئة عن الكثافة السكانية والسكنية على الأفراد:

١- أوضح تحليل التباين المزدوج للمتغيرات النفسية: الخوف وعدم التكافؤ والاكتئاب والعصبية والقلق والتنفس والدورة الدموية والارتعاد الباثولوجي والسيكوسوماتية والخوف على الصحة والاضطرابات الحشوية والحساسية والشك والسيكوباتية والذهانية والانبساط والعصابية وحالة القلق وسمته، والقابلية للإيحاء وروح المغامرة، وآثار الازدحام والشخصية المتوافقة والدفاعات الموجبة، وسوء التوافق العام واضطرابات الشخصية وتكاملها والذات الجسمية والذات

الأخلاقية والذات الشخصية والذات الأسرية والذات الاجتماعية ومفهوم الذات - أوضح وجود تأثير جوهري لعامل البيئة[1].

٢- تؤدي الكثافة السكانية والسكنية إلى اعتلال الصحة النفسية لدى الأفراد من حيث (الخوف وعدم التكافؤ - العصبية والقلق - التنفس والدورة الدموية - الارتعاد الباثولوجي - السيكوسوماتية - الخوف على الصحة - الاضطرابات الحشوية - الحساسية والشك - السيكوباتية).

٣- تؤثر الكثافة السكانية والسكنية على بعدين من أهم الأبعاد الأساسية للشخصية وهما بعدا الذهانية والعصابية.

٤- تؤثر الكثافة السكانية والسكنية سلباً على التوافق العام للفرد.

٥- تؤثر الكثافة السكانية والسكنية على الفرد من حيث قابليته للإيحاء والاستهواء.

٦- تؤثر الكثافة السكانية والسكنية على الأفراد من حيث مفهوم الذات لديهم وذلك في المتغيرات التالية (الدفاعات الموجبة وسوء التوافق العام واضطرابات الشخصية وتكامل الشخصية والذات الجسمية، والذات الأخلاقية، والذات الشخصية، والذات الأسرية، والذات الاجتماعية).

والنتائج السابقة تتضمن إشارة واضحة وبليغة تبرز ما تسببه الكثافة السكانية والسكنية وانعدام الشروط الصحية في أماكن السكن والمعيشة، والعيش وسط الضوضاء، والرطوبة ومع الحشرات وفي أماكن تنقصها أدنى درجات الخدمات، وغير ذلك من تأثير على الصحة العضوية والنفسية للأفراد. والنتيجة إشارة واضحة أيضاً إلى ما للكثافة السكانية والسكنية من آثار تتمثل في وجود انحرافات سلوكية واجتماعية ونفسية وانعدام الترابط الأسري،

---

(١) يقصد بعامل البيئة الكثافة السكانية والسكنية والظروف الفيزيقية لأماكن المعيشة داخل وخارج المنزل كالرطوبة والضوضاء وانعدام الخصوصية وغير ذلك.

وانخفاض مفهوم الذات واضطرابات الشخصية وسوء التوافق بشكل عام، كما أنها تمثل ضغطاً على أهم بعدين من أبعاد الشخصية وهما بعدا الذهانية والعصابية، كما أنها تسبب العديد من الاضطرابات الحشوية (المعدية والمعوية) وتسبب العديد من الاضطرابات الوجدانية كالقلق والخوف وغير ذلك.

ويبقى للباحث استفسار وهو: إذا كانت تلك النتائج والتي تبرز التأثيرات السلبية للكثافة السكانية والسكنية وذلك على أهالي مدينة الإسكندرية، فماذا يكون الحال لو أجريت الدراسة على سكان مدينة كالقاهرة، وهي بالقطع أكبر بمراحل من حيث الكثافة السكانية والسكنية مما لدى الإسكندرية ؟

المراجع

أولاً- المراجع العربية:

١- أحمد عبد العزيز سلامة وعبد السلام عبد الغفار (ب. د). علم النفس الاجتماعي، القاهرة: دار النهضة العربية.

٢- أحمد مدحت إسلام (١٩٩٠). التلوث مشكلة العصر، الكويت: عالم المعرفة، العدد (١٥٢)..

٣- السيد عبد العاطي السيد (١٩٨٧). علم الاجتماع الحضري، الجزء (٢)، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٤- تاد فيشر (١٩٧٧). عالمنا المزدحم، ترجمة: حسين أمين العيليمي، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٥- جان ماري بيليت (١٩٩٤)،. عودة الوفاق بين الإنسان والطبيعة، ترجمة: السيد محمد عثمان، الكويت: عالم المعرفة، العدد (١٨٩)..

٦- ر.م. ماكيفر وشارلزج. بيرج (١٩٧٤). المجتمع، ط (٣)،. الجزء الأول، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٧- روحي الشريف (١٩٩٠). التكنولوجيا وتنظيم المعلومات في عملية التوفير الدائم للمأوى الأساسي في المنطقة العربية، في: حاجات الإنسان الأساسية في الوطن العربي، برنامج الأمم المتحدة للبيئة، ترجمة: عبد السلام رضوان، الكويت: عالم المعرفة، العدد (١٥٠)،. ٢٧٥ - ٣٨٨.

٨- زهير الكرمي (١٩٧٨). العلم ومشكلات الإنسان المعاصر، الكويت: عالم المعرفة، العدد (٥)..

٩- سمير غبور (١٩٩٠). معارك الإنسان بين الإنسان والبيئة، الكويت: كتاب العربي، العدد (٢٦)،. ٥٩ - ٧١.

١٠- طلعت منصور (١٩٨٢). البيئة والسلوك، الكويت: حولية كلية الآداب، العدد (٣١).

١١- عبد الباسط عبد المعطي وآخرون، (١٩٨٧).، السكان والمجتمع، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

١٢- عبد الله أبو رويضة (٢٠٠٤). البيئة والصحة والبشرية.
www.edunet.tn/ressources/sitlabl/bage/hached/BIA/Pagebia.htm

١٣- ليستر براون (١٩٧٩). من أجل الإنسان: استراتيجية لتثبيت عدد سكان العالم، القاهرة: مكتبة غريب.

١٤- لين سمارسكي (١٩٨٨). أزمة المدن في العالم العربي، ترجمة: عبد الفتاح الصبحي، الكويت: الثقافة العالمية، العدد (٤١).، ص٧ - ١٦.

١٥- محمد السيد غلاب (١٩٦٥). حركة السكان، القاهرة: الدار المصرية للتأليف والترجمة، المكتبة الثقافية، العدد (١٤٠)..

١٦- ممدوح حامد عطية (١٩٩٨). إنهم يقتلون البيئة، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

١٧- محمد صابر سليم وآخرون (١٩٨٥). علوم البيئة، القاهرة: الهلال للطباعة والتجارة.

١٨- محمد كمال عبد العزيز (١٩٩٩). الصحة والبيئة، التلوث البيئي وخطره الداهم على صحتنا، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

ثانياً- المراجع الأجنبية:

19- A.E. Parr (1970): In Search of Theory. In H.M. Prochansky; W.H. Ittelson and L.G. Rivilin (Eds): Environmental psychology: Man and his physical setting, New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc, 11-16.

20- Aiello, J.R.Nicosia,. G.& Thompson, D.E. (1979): physiological, social, and Behavioral consequences of crowding on children and Adolescents, child, Dev, Mar; 50 (1).: 195 - 202.

21- Baum, A; Greenberg, C.L. (1975).: Waiting for a crowd: the behavioval and perceptual effects of anticipated crowding. J. Pers. Soc. Psychol: Oct; 32(4).: 671 - 9.

22- Blumenthal, R.; Carpenter, M. (1974): the effects of population density on the overt behavior of mental patients: J, Psychiatr-Res, May; 10 (2): 89 - 100.

23- Eric Sundstrom, (1975): An experimental study of crowding: Effects of room size, intrusion; an goal blocking on nonverbal behavior; self- discholsure and self- reported stress, J, Pers, Soc-Psychol. Oct.; 32(4) 645 -54.

24- Eric Sundstrom (1988), Interpersonal behavior and the physical environment, In: Kay Deaux and Law Vence S. Wrigtman (Eds): Social Psychology, California: Books, Cale, Publishing Company, 445 - 535.

25- Harold M. proshansky; Willian H. Ittelson; Leanne G.Rivlin (1970a): Freedom of choice and behavior in a physical setting, In: H.M. Prochansky; W.H. Ittelson and L.G.Rivlin, (Eds).: Environmental Psychogy, man and his physical setting, New York, Halt, Rinehart and Winston, man and his physical setting, New York, Halt, Rinehart and Winston, Inc., 173 - 183.

26- Harold M. Prochamsky; William H. Ittelson and L.G.Rivlin (1970b). The influence of physical environment on behavior: Some basic asunptions. In: H.M. Prochanskyy; W.H. Ittelson & L.G. Rivilin (Eds): Environmental psychology: Man and his physical setting, New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc. 27-37.

27- Jewell, P.A. (1973): Population density and social factors affecting reproduction, J. Reprod, Fertil Suppl: Dec; 19: 455 - 6.

28- Lange, H; Mueller, C.W. & Donnerstein, E (1979): The effects of social, spatial, and interference density on performance and mood. J, Soc, Psychol, Dec: 109 (Second half): 283 - 7.

29- Lepore S.J.; Evans, GW; Schneider, M.L. (1991): Dynanic role in social support in the link between chronic stress and psychologyical distress, J, Pres, Soc, Psychol. Dec 61 (6): 899 - 909.

30- Levitt, L. & Leventhal, G. (1978): Effect of density and environmental noise perception of time, the situation, oneself an others: Percept, Mot Skills, Dec, 47 (3PT1): 999 - 1009.

31- L.N.Kogan & V. I. Loktev (1969): Socialogical aspects of modeling of towns, country and people, London: Tavistock Publications, 107 - 119.

32- Magaziner, J. (1988): Living density and psychopathology: A re-examination of the negative model, Psychol, Med, May; 118(2).: 419 - 31.

33- Ostfeld, A.M. & D'atri, D.A. (1975): Psychophysiolog-iological reponses to the urban environment: Int, J, Psychiatry, Med: 6(1 - 2): 15 - 28.

34- Prerost, F.J. (1982): The development of the modinhibiting effects of crowding during adolescence, J, Psychol, Mar; 110 (2d half).: 197-202.

35- Richard S. Lazarus (1977): Environmental stress, In: Bejamin B. Wolman (Eds): International encyclopedia of psychiatry, psychology, psychoanalysis and neurology, New York: Aesculapius Publishers, Inc, V.(4). PP: 341 - 393.

36- Robert Crooks and Jean Stein (1988): Psychology: Science, behavior and life. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.

37- Sinha, S.P. & Sinha, S.P. (1991): Personal space and density as factors in task performance and feeling of crowding, J, Soc, Psychol. Dec 131 (6): 831-7.

38- Wenz Friedrich. (1984): Household crowding, loneliness & suicide ideation, psychology: Aquarterly Journal of Human Behavior, V.21, N. 2, 25 - 29.

39- Worchel. S. & Teddlie, C. (1976): The experience of crowding: A two-factor theory, J, Pers, Soc, Psychol, Jul; 34 (1) 30 - 40.

محتويات الكتاب

الموضوع	رقم الصفحة
الفصل الأول	
موضوعات التفكير قبل النوم لدى عينات متباينة من المجتمع المصري	٩

الموضوع	رقم الصفحة
- ثامناً: عينة الموظفات	٥٣
- تعقيب	٥٤
- تعقيب عام على النتائج	٨٠
• المراجع	٨٣
الفصل الثاني	
تأثير وفاة الأب على بعض المتغيرات الوجدانية والشخصية والقيم لدى عينة من المراهقات	٨٧
• أولاً: مقدمة	٨٩
• ثانياً: مشكلة الدراسة	٩١
• ثالثاً: أهداف الدراسة	٩٤
• رابعاً: أهمية الدراسة	٩٤
• خامساً: المفاهيم الأساسية للدراسة	٩٦
• ساساً: الدراسات السابقة	١٠٠
أولاً: الدراسات التي تناولت تأثير الحرمان الأبوي في حالات الوفاة	١٠١
ثانياً: دراسات تناولت تأثير الحرمان الأبوي في حالات الطلاق أو الهجر والغياب	١٠٤
ثالثاً: دراسات أجريت على المحرومين من الأبوين أو المقيمين بدور الإيواء	١٠٧
• تعقيب على الدراسات السابقة	١٠٨
• سابعاً: فروض البحث	١٠٩
• ثامناً: إجراءات الدراسة	١١٠
أولاً: العينة	١١٠
شروط ومواصفات العينة	١١١
أ- عينة فاقدات الأم	١١١
ب- عينة غير فاقدات الأب	١١٢
ثانياً: وصف أدوات الدراسات وثباتها	١١٢
أ- مقياس الوحدة النفسية	١١٢
- صدق المقياس	١١٣
- ثبات المقياس	١١٤
- صدق الاختبار وثباته في الدراسة الحالية	١١٤
ب- اختبار حالة القلق للكبار وسمته	١١٥

الموضوع	رقم الصفحة

الموضوع	رقم الصفحة

الموضوع	رقم الصفحة
الفصل الرابع	
بعض السمات الإكلينيكية للمعاقين حركياً " دراسة مقارنة "	٢٢٧

الموضوع	رقم الصفحة

الموضوع	رقم الصفحة

الموضوع	رقم الصفحة
الفصل السابع	
الوسواس القهري لدى عينات ريفية متباينة من المجتمع المصري	٣٨١

الموضوع	رقم الصفحة

الموضوع	رقم الصفحة

رقم الإيداع	٢٠٠٩/٢٢٢٩٨
الترقيم الدولى	I.S.B.N
978-977-328-658-8	





دار الجامعة الجديدة

٣٨-٤٠ ش سوتير - الازاريطة - الاسكندرية

تليفون: ٤٨٦٣٦٢٩ - فاكس: ٤٨٥١١٤٣ - تليفاكس: ٤٨٦٨٠٩٩

Email:darelgamaaelgadida@hotmail.com

www.darggalex.com info@darggalex.com